

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto de Estudos e Pesquisas de Cirurgia

Diretor: DR. EDUARDO DE MENDONÇA RIBEIRO

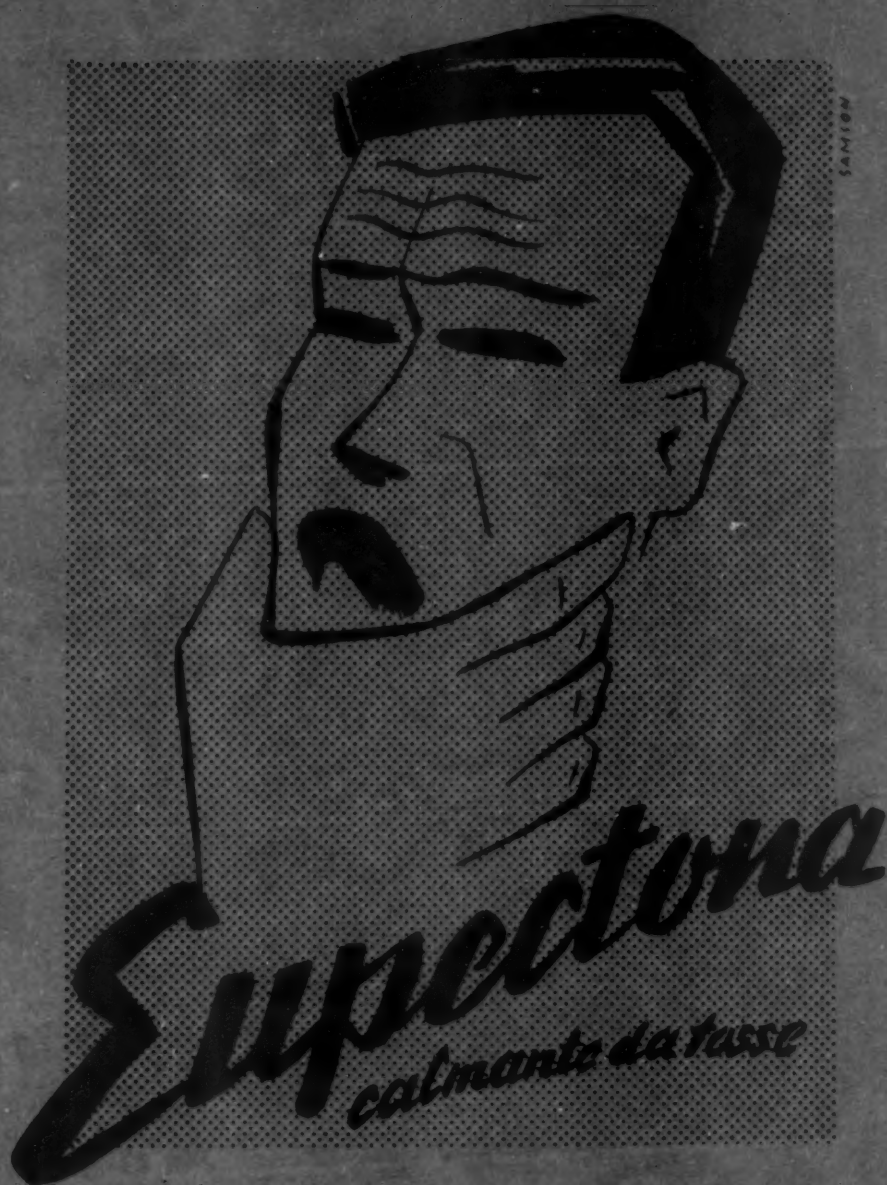
VOL. LXVIII

São Paulo, Agosto de 1954

N.º 2

## Sumário:

	Pág.
Fístula arteriovenosa entre a artéria e a veia esplênica — Dr. LUIZ EDMUNDO MENDONÇA .....	75
Reparação de ectrópio da pálpebra inferior — Drs. VIGOR SPINA e ALÍPIO PERNET .....	85
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Otorrinolaringologia .....	97
Fisiologia .....	100
Ginecologia e Obstetrícia .....	102
Cirurgia .....	106
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo .....	122
Outras Sociedades .....	124
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números .....	126
Vida Médica de São Paulo:	
Universidade de São Paulo .....	129
Academia de Medicina de São Paulo .....	130
Visita de Sir Alexandre Fleming ao Brasil .....	132
Congressos Médicos:	
IX Congresso Internacional do Colégio Internacional de Cirurgiões .....	134
Assuntos de Atualidade:	
Natureza química e ação biológica do novo hormônio córtico-supra-renal .....	140
Literatura Médica:	
Apreciações .....	142



LABORATÓRIO TORRES S. A.

# VIKASALIL

B<sub>1</sub>

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DOR.



*Fórmula:*

Salicilato de Sódio .....	0,50
Piramido .....	0,10
Vitamina K .....	0,001
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,006
Bicarbonato de Sódio .....	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. <sup>a</sup> página da capa (12 x 19 cm.) por vez .....	1.500,00
3. <sup>a</sup> página da capa (12 x 19 cm.) por vez .....	1.200,00
4. <sup>a</sup> página da capa (12 x 19 cm.) por vez .....	2.000,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 x 19 cm.) por vez .....	1.500,00
½ página ( 9 x 12 cm.) por vez .....	800,00
¼ página ( 9 x 5,5 cm.) por vez .....	500,00
Encarte por vez .....	1.500,00
Página fixa .....	20% de aumento.

### ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

## ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B<sub>1</sub>)

Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445



# PANTOMETIONIN

(Flaconetes de 5 cm<sup>3</sup>, ampolas de 10 cm<sup>3</sup> e comprimidos)

## FÓRMULA:

### INJETÁVEL (uso endovenoso)

#### AMPOLAS DE 10 CM<sup>3</sup>

Acetil metionina .....	2,600 g
Cloreto de colina .....	0,050 g
Glicocolica .....	0,050 g
Inositol .....	0,100 g
Vitamina B12 .....	10 mcg.

Soluto glicosado a 30%

q. s. p. 10cm<sup>3</sup>

### ORAL

#### FLACONETES DE 5 CM<sup>3</sup>

Acetil metionina .....	0,650 g
Cloreto de colina .....	0,500 g
Glicocola .....	0,050 g
Inositol .....	0,100 g
Vitamina B12 .....	5 mcg.

Água bi-distilada

q. s. p. 5cm<sup>3</sup>

### COMPRIMIDOS

Cloreto de colina .....	0,200 g
Metionina (amido ácido) .....	0,500 g
Inositol .....	0,100 g
Vitamina B12 .....	2 mcg.
Excipiente q. s. p. ....	0,900 g

## INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

*No tratamento das anemias macrocíticas, das  
hepatites e toxi-infecções com insuficiência hepática*

### APRESENTAÇÃO:

Caixa com 5 ampolas de 10 cm<sup>3</sup>

Caixa com 5 e 10 flaconetes de 5 cm<sup>3</sup>

Tubo com 20 comprimidos.

### VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Licença do S. N. F. M. sob os números 799/52, 798/52 e 403/52  
Tabela A alínea XIII Indústria Brasileira

Farm. Resp.: M. P. Lanzoni

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS



# Elegantol



neuro-sedativo — anti-espasmódico — anti-convulsicante

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio-Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

**LEPTOLOBIUM ELEGANS**

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.  
Crianças: a metade.

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**  
PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 — Telefone 33-3426 — São Paulo



# HEXANITOL

HEXANITOL COM RUTINA

Vaso-dilatadores  
Hipotensores



**HEXANITOL**  
*baixa a pressão  
arterial*

**HEXANITOL COM RUTINA**  
*baixa a pressão arterial  
e evita as hemorragias  
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda  
Rua Tamandaré 777 Tel-364572  
São Paulo

conceitos

HEXANITOL COM RUTINA

# HEXANITOL





## NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

### D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:  
*metadona e papaverina*

- ★ alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampolas - de 1cm3, em caixas com 5, 25 e 100  
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VERDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



# DOLCSONA

# Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

## DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

# VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucócio a 5 % com Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP.

Soluto de Glucócio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucócio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucócio em água destilada a 5 % e 10 %.

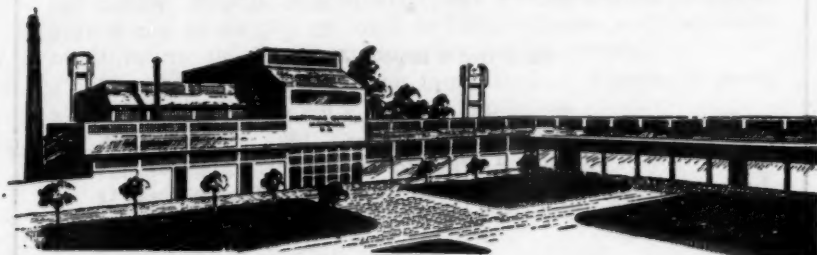
*Em frasco de 500 e 1000 cm<sup>3</sup>*

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio  
(Solução de DARROW).

*Em frasco de 250 cm<sup>3</sup>*

### *Material para instalação de Bancos de Sangue :*

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



# Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818

Caixa Postal 3.705 — Enderço Teleférico: "PICOR"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 92-9626.

Enderço Teleférico: "BAXTER"

# AMINODAL

SAL DE SÓDIO DA GLICOLILTEOFILINA

- 1.º) Vasodilatador das coronárias e estados estenocárdicos.
- 2.º) Na asma brônquica e na dispneia dos cardíacos.
- 3.º) No infarto do miocárdio, na angina do peito e suas manifestações.
- 4.º) No edema, como diurético, por ação típica das metilxantinas.

## VANTAGENS :

Aminodal, por ser uma substância neutra, é de aplicação indolor e pode ser usado pelas seguintes vias :

- \* AÉROSOL
- \* INTRAMUSCULAR
- \* ENDOVENOSA

\*

Caixa com 6 ampólas de 2 cm<sup>3</sup>

\*

*Amostras à disposição dos Srs. Médicos*

---

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

Rua São Luiz, 161 — Caixa Postal, 8.086 — Fone: 35-3141 — São Paulo



# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 96-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . . Cr \$ 20,00

VOL. LXVIII

AGOSTO DE 1954

N.º 2

## Fístula arteriovenosa entre a artéria e a veia esplênica (\*)

(Considerações sôbre um caso de aneurisma artério-venoso  
entre os vasos esplênicos)

Dr. LUIZ EDMUNDO MENDONÇA

*Assistente.*

*Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dep. de Têc. Cirúrgica  
e Cir. Experimental — Prof. Eurico da Silva Bastos.*

*Hospital Nossa Senhora Aparecida — Seção A Cirurgia Mulheres —  
Chefe: Prof. E. S. Bastos.*

*C.A.P. Serviços Públicos em São Paulo — Chefe: Dr. V. C. Pinto.*

As fístulas arteriovenosas entre uma artéria e o sistema porta, ou mehlör, fístulas arterioportais, são eventualidades raríssimas. STRICKLER e outros (15), em abril de 1952, reportam um caso, único na literatura, de fístula artério-venosa hepáticoportal.

WOLCH (19), 1950, dá como causa rara de hipertensão-portal a fístula arteriovenosa entre os vasos esplênicos.

ADAMSAV), em 1951, cita um caso de aneurisma artério-venoso visceral congênito, localizado no baço.

O caso presente, pela sua raridade e pela anomalia determinada na circulação hepática, presta-se a uma série de considerações.

### CASO CLÍNICO

Trata-se de doente de 34 anos, que foi por nós operada de aneurismas múltiplos da artéria esplênica com fistulização para a veia esplênica.

(\*) Este caso foi relatado no II Congresso Regional da Associação Paulista — Santos, 27 a 30 de agosto de 1953 e na Sociedade Médica São Lucas, em sessão de 14 de setembro de 1953.

A doente foi para a mesa operatória com a diagnóstico de esplenomegalia crônica. Ao abrirmos o abdomen, medimos a pressão portal, que estava excessivamente elevada. A tomada foi feita nas veias do hilo do baço. A coluna líquida ascendeu aos 600 mm de água de nosso aparelho, não indo além por não dispormos de outro segmento de tubo.

Praticamos a esplenectomia e ao averiguarmos a causa de tão acentuada hipertensão deparámos com aneurisma da artéria esplênica, junto a sua emergência do tronco celiaco, que envolvia a veia esplênica. Ressecamos, então, em bloco os vasos esplênicos.



Fig. 1 — Baço e vasos esplênicos.

Posteriormente, ao examinarmos a peça operatória, encontramos uma fistula arteriovenosa que media cerca de 4 mm de diâmetro. (Figs. 1, 2 e 3).

### COMENTÁRIOS

**Etiologia.** — Quanto à etiologia, as fistulas arteriovenosas podem ser adquiridas e congênicas.

Os aneurismas arteriovenosos do tipo congênito, resultam da persistência de conexões embriológicas entre as artérias e as veias. Embriologicamente, estas conexões entre as artérias e as veias, são comuns, ocorrendo-se a obliteração normalmente após o nascimento. Quando não existe esta obliteração, resulta em aparecimento de



Fig. 2 — Os vasos esplênicos como foram ressecados.

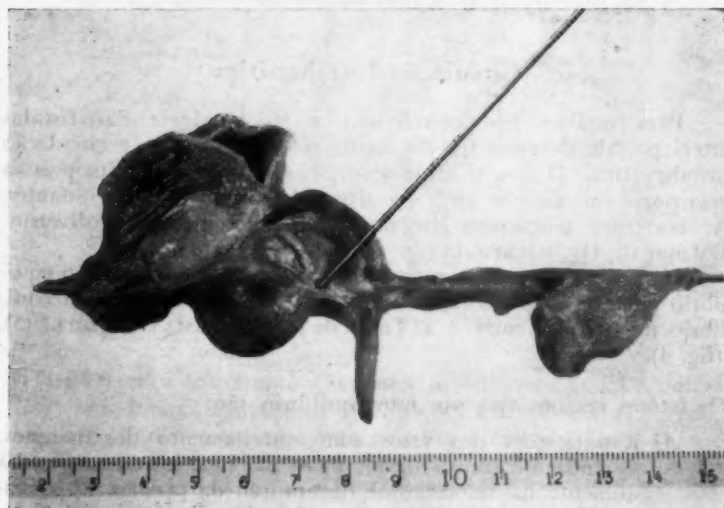


Fig. 3 — Artéria esplênica, libertada das estruturas vizinhas, vê-se um aneurisma menor do lado do hilo do baço e outro maior trilobular no lado do tronco celiaco. O estilete está na fistula, que media 4 mm de diâmetro.

fistulas arteriovenosas em qualquer parte do corpo, principalmente nos membros torácicos.

Em alguns pacientes, esta obliteração entre a artéria e a veia é tênue, rompendo-se facilmente por qualquer esforço ou aumento da pressão intra-arterial, ocasionando assim o aparecimento de fistula arteriovenosa num período mais avançado da vida do paciente (PRATTA (12)).

STRICKLER e outros (15), no seu caso, explicam a presença da fistula arteriovenosa pela erosão das paredes da veia porta pelo aneurisma congênito do ramo anômalo da artéria hepática.

Nós estamos também inclinados a justificar a presença da fistula arteriovenosa, de nossa paciente, pela erosão das paredes da veia esplênica pelo aneurisma congênito da artéria esplênica.

Acresce ainda, que o nosso, apresentava além do aneurisma arteriovenoso, aneurismas puros da artéria esplênica.

Os aneurismas da artéria esplênica são raros, porém, bem mais frequentes que as fistulas arteriovenosas entre os vasos esplênicos. BERGER e outro (2), em 1953, revendo a literatura encontraram 152 casos de aneurismas da artéria esplênica; e estes mesmos autores dão a perfuração como complicação mais frequente, ocorrendo geralmente para a cavidade addominal.

Outras considerações, que dizem respeito a hemodinâmica da circulação intrahepática e a fisiopatologia da hipertensão portal, podem ser formuladas pela presença da fistula.

### Circulação Intrahepática

Para melhor compreendermos a fisiopatologia das fistulas arterioportais, devemos ter em mente como se processa a circulação intrahepática. O sangue afluente ao órgão por duas vias principais: a veia porta em cerca de 70% e a artéria hepática nos 30% restantes. As correntes sangüíneas chegam em regimes tensionais diversos: 120 mm de Hg. na artéria e 6 a 8 mm na veia porta.

Dentro do órgão, por uma série de fatores, estabelece-se o equilíbrio entre estas pressões; e assim, no sinusóide há perfeito equilíbrio da pressão, entre 3 a 4 mm de Hg. (BERMAN e HULL) (3). (fig. 4).

Os fatores responsáveis por este equilíbrio são:

- A) Ramificações dos vasos com estreitamento dos mesmos. Quando a corrente líquida passa por um estreitamento, há aumento na velocidade e diminuição da pressão. É o chamado efeito Venturi. (PICULACH) (11). fig. 5).
- B) Ação de fibras vasodilatadoras e vasoconstrictoras. Para DANIEL, PRICHARD e MARJORIE (7), o estímulo dos nervos

hepáticos quer por injeção intravenosa, ou aplicação local epinefrina causa constrição dos vasos intrahepáticos. Há um aumento na pressão portal e aceleração da circulação transhepática (WAKIM) (17). Com a estimulação do nervo vago não há efeitos perceptíveis nos vasos intrahepáticos.

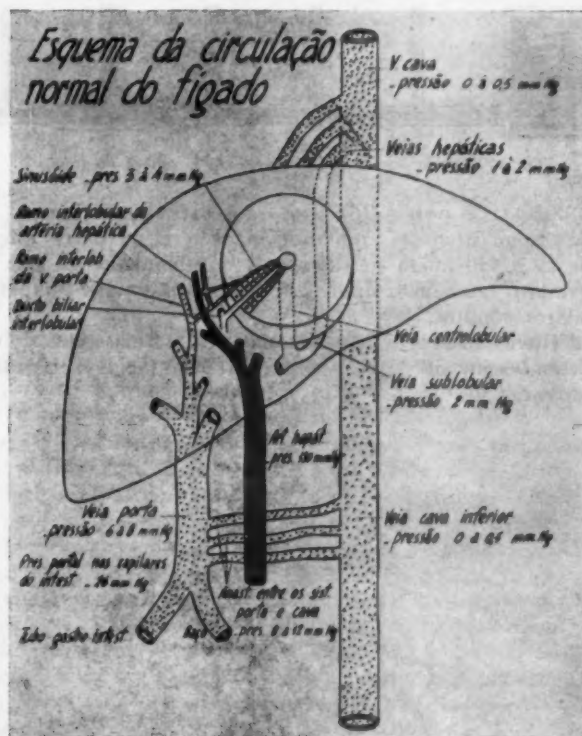


Fig. 4 — Esquema da circulação intrahepática.

- C) Presença de comunicações entre os sistemas arterial e portal. Mc INDIE (10) empregando injeções intravasculares de tinta da Índia, misturada com gelatina e fazendo depois a corrosão do órgão com reconstituição ulterior em cera, obteve o arranjo anatômico e as interconexões entre os dois sistemas intrahepáticos, WAKIM e MANN (18) usando a luz de quartzo para a transiluminação e injetando nos vasos corantes confirmaram estes estudos de Mc INDIE.

Estes AA. descrevem conexões entre os sistemas arterial e portal no espaço porta, portanto em zona presinusoidal e também observam conexões ao nível dos sinusóides. Para eles existem sinusóides que recebem unicamente sangue arterial, outros de sangue portal e finalmente os que o recebem sangue misto. Supõem, também, existir anastomoses entre os sinusóides arteriais e os portais. (fig. 6).

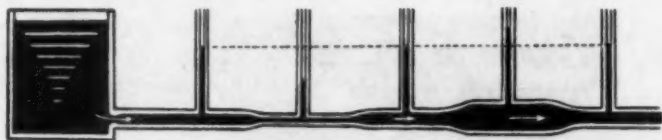


Fig. 5 — Variações da pressão, segundo o calibre do tubo.

PRINZMETAL e outros (13) provaram experimentalmente a presença destas anastomoses injetando na artéria hepática esferas de vidro de 10 a 440 micra de diâmetros recolhendo-as na veia porta; comprovaram, também o diâmetro destas anastomoses, superior ao de capilares comuns.

O deflúvio do sangue hepático dá-se pelas veias centrolobulares, onde desembocam os sinusóides, e daí pelas veias sublobulares e veias hepáticas.

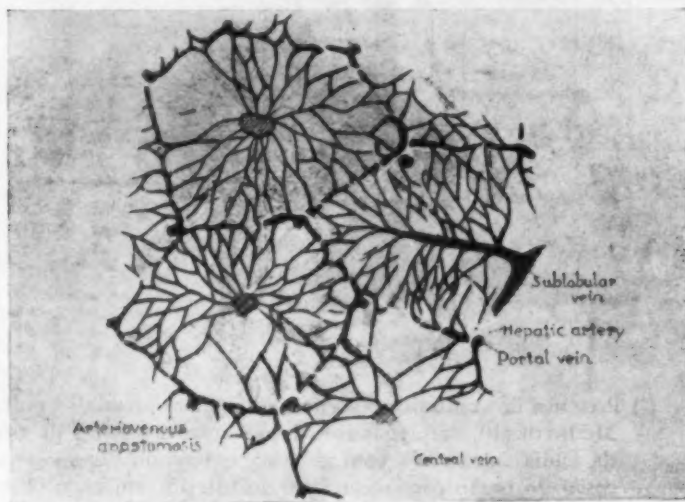


Fig. 6 — Distribuição e maneira de comunicação dos vasos arteriais e venosos no fígado de mamíferos. Os vasos em branco são arteriais, em preto são portais e em estrias são as radículas das veias hepáticas. Notar as anastomoses arteriovenosas entre as radículas da artéria e da veia porta no seu curso pelos espaços interlobulares. (WAKIN e MANN).



Estes mecanismos reguladores da pressão entre os dois sistemas circulatórios intrahepático fazem, também, que o fígado desempenhe funções de reservatório sanguíneo. Esta importante função fisiológica de reserva circulatória, processa-se por ritmos intermitentes, com fases de atividade alternando irregularmente com fases de inatividade. A irregularidade rítmica é mantida pelos inúmeros sinusóides inativos encontrados no órgão, que podem de um para outro momento entrar em funcionamento. (WAKIN e MANN)(18).

## FISIOPATOLOGIA DAS FÍSTULAS ARTERIOPORTAIS

Últimamente, tem aparecido alguns trabalhos experimentais que criam uma fístula arterioportal com a finalidade de verificar como se comporta o fígado e quais as consequências dessas fistulas.

SCHILLING e outros (14) após praticarem em cães anastomoses entre a artéria hepática e veia porta, concluem que:

Após 18 meses de observação não havia evidência de congestão mesentérica, nem aumento da pressão portal ou anormalidades cardiovasculares. Concluem também que: a função do fígado permanece normal e não havia sinais de cirrose.

MALLET-GUY (9) fazendo arterialização da veia porta, em cães, BURNETT e outros (6) estabelecendo uma anastomose entre a artéria renal direita e a veia porta, em ratos e sacrificando-os de 3 a 9 meses após a operação, chegaram à conclusões idênticas as de SCHILLING. Estes autores dizem não haver hipertensão porta, mas evidentemente, uma fístula artériovenosa trará hipertensão venosa, HOLMAN (8), pois, o sangue arterial, jorrando no sistema venoso a uma pressão de 120 mm de Hg. elevará a pressão dos vasos venosos situados a montante e havendo um perfeito e rápido escoamento da corrente líquida a hipertensão não se propagará retrogradamente.

No nosso caso havia hipertensão acentuada no território da veia esplênica com esplenomegalia congestiva.

Confirmando os achados experimentais e o do caso relatado por STRICKLER não encontramos cirrose do fígado, é bem verdade que não praticamos biópsia do fígado, mas clinicamente e pela exploração cirúrgica não havia suspeita alguma de lesão hepática e o exame microscópico do baço também exclue qualquer processo cirrótico (Exame praticado pelo Dr. Roberto Aun).

Compreende-se perfeitamente, apesar do aumento do fluxo pela veia porta determinado pela fístula, o fato do fígado não apresentar lesões em suas estruturas, o que se observa nestas fístulas arterioportais e a antecipação na mistura do sangue arterial com o portal, a qual normalmente se processa no interior do órgão a custa das comunicações artériovenosas existentes. Não havendo

nenhuma perturbação ou obstrução no escoamento sanguíneo não existe razão para lesões das células hepáticas, que continuam a receber a mesma quantidade de sangue e com os mesmos componentes químicos.

O problema da ascite em relação a hipertensão portal tem sido estudado por vários autores, clínica e experimentalmente.

O ascite só é obtida experimentalmente nos casos de ligaduras da veia cava inferior acima das hepáticas, nas ligaduras da porta e na cirrose experimental.

VOLWILER, GRINDLAY e BOLLMAN (16) em rigoroso trabalho experimental distinguiram dois tipos de ascites:

- 1.º) Ascite determinada por hipoproteinemia, observada nas obstruções e ligaduras da veia porta, as quais trazem como consequência esta hipoproteinemia que diminua a pressão osmótica.
- 2.º) Ascite que aparece em consequência da congestão do fígado. Sendo provável que a anóxia e o aumento da pressão hidrostática dentro do sinusóide acarretam aumento na formação de fluido intersticial que transuda para o peritônio livre. Este tipo de fluido ascítico é encontrado nas ligaduras da veia cava inferior acima das hepáticas e nas cirroses.

A fistula arterial, traz inegavelmente aumento na pressão porta intrahepática, entretanto os mecanismos reguladores da circulação dentro do fígado são hábeis, nos casos normais, para equilibrar esta pressão antes da corrente líquida atingir os sinusóides. Decorre disto o fato de não haver ascite nos portadores destas fistulas.

Outra consideração interessante é que nossa doente, apresentando hipertensão portal acentuadíssima nunca houvesse sofrido hemorragias pelo tubo digestivo, o que indicaria a presença de varizes esofageanas. Realmente a pressão portal tomada ao hilo do baço era elevadíssima. Sendo que BLAKEMORE (45) estabelece nos seus casos uma pressão máxima de 300 mm de água para que não haja o reaparecimento de hemorragias esofageanas. Naturalmente, o aparecimento de varizes, hemorragias está condicionado a condições anatômicas e modificadoras da crase sanguínea não presentes em nosso caso.

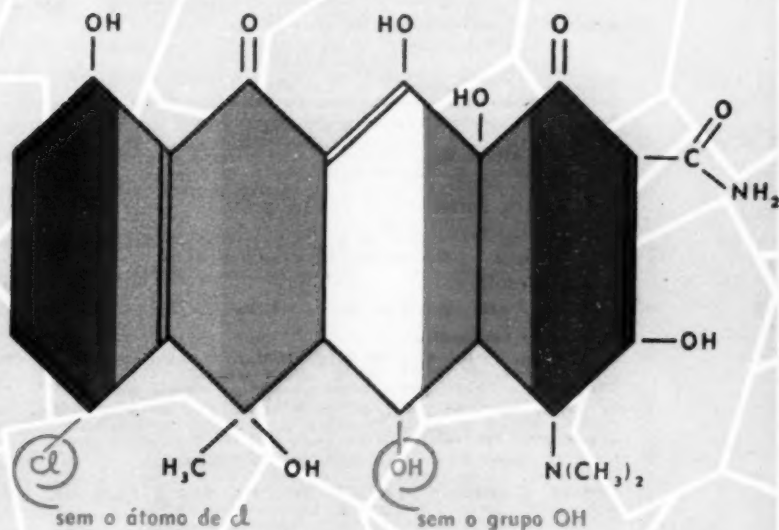
Finalmente, é curioso o fato de fistulas arteriovenosas, relativamente grandes e próximas ao coração, como as obtidas na experimentação e as encontradas na clínica, não determinarem o aparecimento de perturbações cardiovasculares. Atribuímos a circunstância da artéria abrir-se no sistema porta, onde o sangue antes de atingir a circulação sistemática sofre a ação reguladora do mecanismo intrahepático, fazendo com que corrente de sangue misto deflúa pelos mesmos vasos com o mesmo ritmo e volume diminuto na circulação sistêmica.

# BRISTACICLINA



(tetraciclina Bristol)

PROPORCIONA INÚMERAS VANTAGENS :  
RÁPIDA ABSORÇÃO  
GRANDE ESTABILIDADE  
BAIXA INCIDÊNCIA DE REAÇÕES COLATERAIS  
ALTA CONCENTRAÇÃO NO SORO



ANTIBIÓTICO DE LARGO ESPECTRO PRODUZIDO PELA  
FERMENTAÇÃO DE UMA RAÇA DE STREPTOMYCES  
ISOLADO PELA DIVISÃO DE PESQUISAS DA BRISTOL

# BRISTACICLINA

## APRESENTAÇÃO

Frasco com 8 e 16 cápsulas de 250 mg  
" " 25 cápsulas de 100 mg

## COMPOSIÇÃO

Cada cápsula contém: Cloridrato de tetraciclina ..... 250 mg  
" " " ..... 100 mg

## INDICAÇÕES

Pneumonia lobar — Bacteriemia e Septicemia — Amigdalite folicular aguda — Infecções da garganta — Faringites — Otites médias agudas e crônicas — Bronquites agudas — laringotraqueítes — traqueobronquites — Sinusites — Escarlatina — Infecções urinárias — Conjuntivites purulentas agudas e subagudas — Conjuntivites catarrais agudas. Gonorréia — Brucelose — Pneumonia de Friedlander — Coqueluche — Broncopneumonia difusa — Endometrites post-partum — Granuloma ingüinal — Disenteria — Infecções respiratórias — Celulites — Peritonites — Tularemia. Sífilis — Boubá — Infecção de Vincent. Tifo epidêmico — Tifo murino — Pústula rickettsica — Febre Q. — Pneumonia atípica primária (virotica) — Linfogranuloma venéreo — Tracoma. Amebíase. Pneumonias bacterianas mistas. Mastoidite.

## MODO DE USAR

Adultos — Em média 1 cápsula 4 vezes ao dia, isto é, 1 grama de substância ativa. A critério médico, esta dose pode ser aumentada.

Crianças — 12,5 mg por quilo de peso ao dia.

## BIBLIOGRAFIA

- Proceeding of the symposium on antibiotics.  
Antibiotics annual, 1953 - 1954. Med. Enciclopedia.
- Os seguintes trabalhos foram retirados do supracitado livro:
- 1) N. BOHONOS, A. C. DORNBUSH, L. I. FELDMAN, J. H. MARTIN, E. PELCAK and J. H. WILLIAMS.  
In vitro studies with chlortetracycline and tetracycline.
  - 2) W. RAYMOND CUNNINGHAM, L. R. HINES, E. H. STOKEY, R. E. VESSEY and NICHOLAS N. YUDA.  
Pharmacology of Tetracycline.
  - 3) AUBRE de L. MAYNARD, M. C. JOSEPH C. ANDRIOLA, M. D. and AARON FRIGOT, M. D. — Harlem Hospital, New York, N. Y.  
Tetracycline hydrochloride — Studies on absorption distribution, excretion and clinical trial.
  - 4) BOOTHE, J. H., MORTON, II, J., PETISI, J. P., WILKINSON, R. G. and WILLIAMS, J. H.  
Chemistry of tetracycline.
  - 5) ARTHUR R. ENGLISH, S. Y. P'AN, TOM J. McBRIDE, JOSEPH F. CARDOCKI, GERARD VAN HALSEMA and W. ALAN WRIGHT.  
Tetracycline — Microbiologic, pharmacologic and clinical evaluation.
  - 6) P. PAUL MINIERI, MELVIN C. FIRMAN, A. G. MISTRETTA, ANTHONY ABBEY, CLARK E. BRICKER, NEIL E. RIGLER and HERMAN SOKOL.  
A new broad spectrum antibiotic product of the Tetracycline group.
  - 7) L. E. PUTNAM, F. D. HENDRICK and H. WELCH.  
Tetracycline, a new antibiotic.
  - 8) SAMUEL, S. WRIGHT, ELMER M. PURCELL, BEN D. LOVE, JR., TOHAMS W. MOU, EDWARD H. KASS and MAXWELL FINLAND.  
Clinical and laboratory of a new antibiotic, Tetracycline.
  - 9) WALTER S. WOOD and GILBERT P. KIPNIS.  
The concentrations of Tetracycline, Chlortetracycline and Oxytetracycline in the cerebrospinal fluid after intravenous administrations.



BRISTOL-LABOR, S. A.

Indústria Química e Farmacêutica

Rua João Alfredo, 150 - Sto. Amaro (S. Paulo)

## OBSERVAÇÃO DO CASO

E. S. A. 34 anos. Casada. Branca. Doméstica. A. P. Ancilostomíase e impaludismo na infância.

**HISTÓRIA:** Desde a idade de 8 anos, quando começou a melhorar do impaludismo sentiu que do lado esquerdo do abdome apareceu uma tumoração, constante, dura e dolorosa. Estes sintomas se agravaram gradualmente. Nega melenas ou hematemeses.

**EXAME FÍSICO:** 49 kg. Pulso 80 P. A. 13/9. *Coração:* normal. *Abdome:* Fígado não palpável. Baço ocupando o hipocôndrio, flanco e F. I. esquerdos. Móvel, consistência dura e indolor.

**EXAMES COMPLEMENTARES:** R.X. do tubo gastrointestinal, nada revelou. R.W. francamente positiva em: 1/10/51 e negativa em 21/33/53.

**HEMATOLÓGICO:** em 2/5/53.

Série branca e vermelha com discreto anisocitose e hipocrômia.

*Pesquisa de hematosódio* — negativa (com esplenocontração).

*Pesquisa de esquistossoma* — negativa (biópsia retal).

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** Esplenomegalia.

**OPERAÇÃO:** em 18/5/53. *Indicação:* esplenectomia.

**ANESTESIA:** Tionembutal, para indução; ciclo-éter e curare.

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:** *Incisão:* paramediana e pararectal interna.

Tomada da pressão nas veias do hilo do baço — além de 600 mm de água. A coluna líquida no tubo do aparelho apresentava pequenas oscilações rítmicas com o pulso arterial.

Esplenectomia fácil,, ligando-se os vasos do pedículo isoladamente junto à superfície do órgão.

Aberta a retrocavidade através do mesocolon, constatou-se, então, a presença de um grande aneurisma da artéria esplênica do tamanho de uma laranja média.

Dissecção cuidadosa da artéria e da veia esplênica no seu trajeto supra e retropancreático. A artéria foi ligada junto a sua emergência do tronco celiaco (dupla ligadura) e a veia em ponto próximo a desembocadura da veia mesentérica inferior. Fechamento por planos.

**DESCRIÇÃO DA PEÇA:** Vasos esplênicos (artéria e veia) medindo cerca de 20 cm. A artéria era sinuosa e apresentava 4 sacos aneurismáticos, sendo 3 na sua extremidade proximal (lado do tronco celiaco) e um menor no lado do hilo do baço. Os aneurismas proximais eram do tamanho de um punho e apresentavam zonas de calcificação nas paredes. Num dos sacos havia um sulco onde repousava a veia esplênica e em área ateromatosa a parede da artéria estava corroída e sua luz abria-se na veia esplênica. A veia estava muito dilatada, apresentava trajeto retilíneo e escavava um sulco na parede de um dos aneurismas. Na sua luz notava-se a fistula, que media no maior diâmetro 4 mm.

O baço pesou 650 grs e mediu 28 x 15 x 8 cm.

**EXAME ANATOMOPATOLÓGICO:** Baço.

**Macros:** A superfície externa apresentava alguns enfossamentos variáveis na forma e no tamanho. Ao corte a cápsula mostra-se ligeiramente espessada e o parênquima nada apresentava de anormal, a fóra intensa congestão.

**Micros:** A cápsula esplênica acha-se espessada. Os folículos se encontram reduzidos numérica e volumetricamente ao lado de marcante hiperplasia histiocitária dos cordões de Biltroth, dilatação e congestão dos séios.

Não há indício de especificidade.

**DIAGNÓSTICO:** Esplenomegalia congestiva crônica.

(a) Dr. Roberto Aun

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** Aneurismas múltiplos da artéria esplênica com fistula artério-venosa. Esplenomegalia crônica.

**EVOLUÇÃO:** Posoperatório imediato normal. Alta aos 14 dias da operação. Em 1/8/53 a paciente estava passando bem. Depois desta data não tivemos mais notícias

## SUMÁRIO

Apresentação de um caso de aneurisma artériovenoso entre os vasos esplênicos.

São tecidas considerações sobre a fisiopatologia desta fistula, que por si não acarreta lesões ou perturbações hepáticas com cardiocirculatórias.

## SUMMARY

A case of arteriovenous aneurism among the splenic vessels is presented.

Considerations about this fistula, which, alone, doesn't cause, either hepatic or cardiocirculatory injuries or perturbations, are made.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ADAMS, H.D. — 1951 — *Congenital arteriovenous and cirroid aneurysms*. "Surg. Gynec. & Obst". 92: 474-476.
- 2) BERGER, J.S.; FORSEE, J.H. & FURST, J.N. — 1953 — *Splenic arterial aneuysm*. "Ann. Surg". 137: 108-110.
- 3) BERMAN, J.K. & HULL, J.E. — 1953 — *Circulation in morol and cirrhotic liver*. "Ann. Surg". 137:424-432.
- 4) BLAKEMORE, A.H. — 1952 — *Portal hipertension: The rational of portacaval shunting*. "Surgical Clin. North America" 32:359-368.
- 5) BLAKEMORE, A.H. — 1952 — *Portacaval shunting for portal hipertension*. "Surg. Gynec. & Obst". 94:443-454.
- 6) BURNETT, W.E.; ROSEMOND, G.P.; WESTON, J.R.; & TYSON, R.L.R. — 1952 — *Studies of hepatic to changes in blood supply*. Surgical Forum A.C.S. pp. 147-153. W.B. Saunders, Philadelphia.
- 7) DANIEL, P. & MARJORIE, cit. WAKIN & MANN (18).
- 8) HOLMAN, E. & TAYLOR, G. — 1952 — *Problems in the dynamics of blood flow. II. Pressure relation at sit of an arteriovenous fistula*. "Angiology" 3:415-430.



- 9) MALLET-GUY, P.; FEROLDI, J.; DEVIC, G.; GANGOLPHE, M. & ALMASQUE, DEDEU, R. — 1952 — *Étude expérimentale des ligatures de l'artère hépatique et de l'anastomose entre artère hépatique et veine porte* (artérialisation de la veine porte). "Lyon Chir". 47 (2): 155-180.
- 10) MCINDOE, cit. BLAKEMORE (4).
- 11) PIULACHS, P. — 1948 — *Lecciones de patologia quirúrgica*. Talleres Gráficos Mariano Galve. Carmen, 16 Barcelona 1.<sup>a</sup> Ed.
- 12) PRATT, G.H.; — 1949 — *Surgical Management of Vascular Diseases*. Sea & Febiger.
- 13) PRINZMETAL et al. cit. BERMAN & HULL (3).
- 14) SCHILLING, J.A.; MCKEE, F.W. & WILT, W. — 1950 — *Experimental hepatic-Portal arteriovenous anastomoses*. "Surg. Gynec. & Obst". 90:473-480.
- 15) STICKLER, J.H.; SUFKIN, N. & RICE, C.O. — 1951 — *Hepatic portal arteriovenous fistula*. A case report. "Surgery" 31:583-589.
- 16) VOLWILER, W.; GRINDLAY, J.L. & BOLMAN, J.L. — 1950 — *The relation of portal vein pressure to the formation of ascites. An experimental study*. "Gastroenterology" 14:40-55.
- 17) WAKIN, K.G. cit. WAKIN & MANN (18).
- 18) WAKIN, K.G. & MANN, F.C. — 1953 — *The blood supply of the normal liver*. "Proc. Staff Meet., Mayo Clin." 28:218-227.
- 19) WELCH, C. Stuart — 1950 — *Portal Hypertension*. New Engl. J. Med. 243:598-610.

## EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos  
publicados na literatura médica mundial.



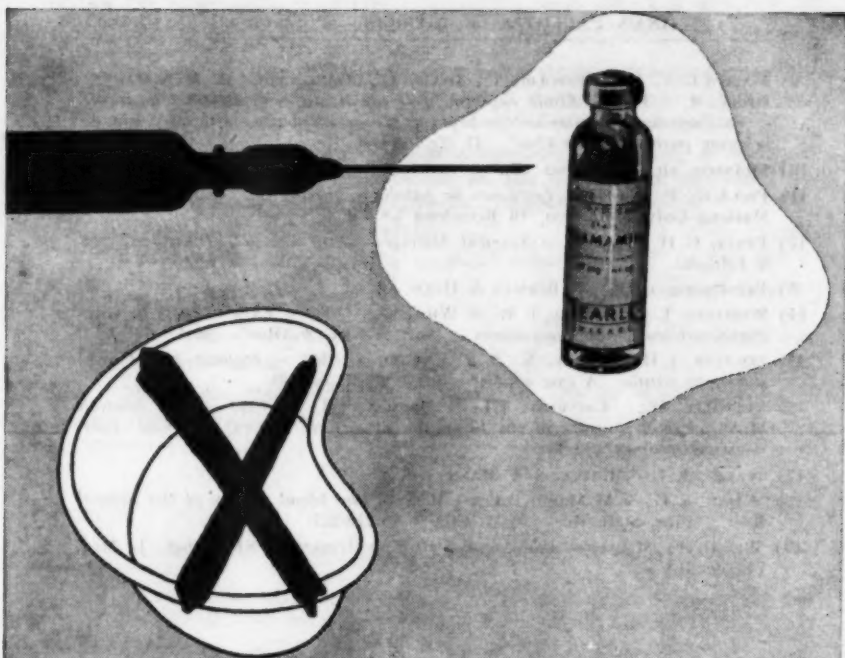
Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia.     | VIII — Neurologia e Psiquiatria.    |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX — Cirurgia.                      |
| III — Endocrinologia.                       | X — Obstetrícia e Ginecologia.      |
| IV — Microbiologia e Higiene.               | XI — Oto-rino-laringologia.         |
| V — Patologia Geral e Anatomia Patológica.  | XII — Oftalmologia.                 |
| VI — Medicina Geral.                        | XIII — Dermatologia e Venereologia. |
| VII — Pediatria.                            | XIV — Radiologia.                   |
|   | XV — Tuberculose.                   |



Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT — AMSTERDAM C. — HOLANDA



*Para a profilaxia e tratamento das  
náuseas e vômitos pós-operatórios*

**DRAMAMINE**

**INJETÁVEL**

Produto de pesquisa dos Laboratórios G. D. Searle - Chicago

Distribuidores Exclusivos no Brasil:

**INSTITUTO MEDICAMENTA FONTOURA S.A. - S. PAULO**

## Reparação de ectrópio da pálpebra inferior (\*)

Dr. VICTOR SPINA

*Chefe da disciplina de cirurgia plástica e queimaduras da 1.ª e 3.ª clínicas cirúrgicas do Hospital das Clínicas de São Paulo.*

Dr. ALÍPIO PERNET. F.I.C.S.

*Cirurgião do S.M. do IPASE e da F.A.B. — Vice-Diretor da Policlínica de Aeronáutica de São Paulo.*

Entre as deformidades adquiridas das pálpebras inferiores, o ectrópio assume especial importância no plano da reparação, porque, além do interesse estético, condiciona a indicação de proteger, tão logo seja possível, as estruturas do globo ocular. De suas complicações imediatas são exemplos as úlceras da córnea, a infecção secundária e, em graus variáveis, as perturbações visuais, inclusive pelo desenvolvimento da catarata.

Em tais casos, o olho normal oposto sofre, ativamente, os esforços que lhe são impostos pela utilização contínua, o que lhe causa, quase sempre, prejuízos de vária natureza.

Ainda que atualmente melhor orientados os serviços de socorros de urgência, observa-se certo número de casos em que as úlceras crônicas da córnea, uni ou bilaterais, constituem seqüelas graves e imediatas das queimaduras, quando se não promove, em tempo útil, a imprescindível proteção do globo ocular, como é patente nos casos de ectrópios palpebrais, tanto primários como cicatriciais.

Antes de apresentarmos a conduta que temos preferido, daremos uma curta notícia dos princípios técnicos mais usuais, assinalando, brevemente, as vantagens e inconvenientes de cada método.

Procurando balancear os métodos utilizáveis, verifica-se que existe, ainda, uma diversidade de opinião entre os especialistas, quer entre os cirurgiões plásticos, quer entre os oftalmologistas, que se dedicam à cirurgia reparadora das pálpebras.

ARMSTRONG (1948), examinando o problema, apresenta, como solução, o recurso da velha técnica em que recorre ao enxerto composto de helix auricular transplantado em um único estágio e acentua que este método constitui uma modalidade muito próxima

da restauração morfológica, facilitando a integração e substituindo o tarso pela cartilagem, com a vantagem apreciável de produzir uma coloração final muito agradável.

SPAETH e CAPRIOTTI (1948) mencionaram sua experiência no tratamento dos ectrópios e das lesões avançadas com os transplantes isoplásticos que SHIMKIN utilizou em 1945, recorrendo a fragmentos da mucosa bucal paterna e à pele do antebraço materno, com o que restituiu, satisfatoriamente, o contorno e o aspecto palpebrais.

FIGI (1950) refere-se às dificuldades próprias a tais lesões, nem só pela delicadeza da estrutura anatômica, mas pela natureza da função que pode ser tão profundamente alterada pelos tumores malignos e benignos (nevus, hemangiomas, neurofibromas e linfangiomas), como pelas deformidades secundárias às queimaduras e aos agentes traumáticos.

GONZÁLEZ-ULLOA (1950) mostra-se adepto do enxerto dermo-epidérmico superficial retirado da coxa. O revestimento da ferida é feito com a pálpebra em hiperdistensão e com o recurso de engenhosa haste metálica, mantida por uma barra pericefálica, modalidade e imobilização que, apesar de interessante, nos parece dispensável.

MANCHESTER (1951) considera ideal apenas a reparação que atenda aos seguintes requisitos: sempre que possível, substituir em textura e aparência a pele, os cílios, a atividade muscular e a conjuntiva, utilizando pele palpebral e tecido conjuntival normais, de maneira a possibilitar a obtenção de uma integridade funcional e um aspecto estético agradável.

Em sua opinião, todavia, nenhum método atingiu, totalmente, tais objetivos e recomenda, na base em um rigoroso critério seletivo o método de Hughes para perdas totais, o de Köllner e o de Manchester para as perdas parciais.

KILNER (1951), expondo sua experiência vultosa sobre o tratamento das lesões cicatriciais das pálpebras, considera método melhor de reparação o uso do enxerto de Thiersch montado sobre um molde, muito embora admita claramente que casos existem em que a retração e o enrugamento ocorrem, daí advindo prejuízos funcionais. Quando há fibrose muito extensa, com ampla invasão do estrato muscular, utiliza enxerto mais espesso, chegando ao de pele total da pálpebra oposta nas reparações da pálpebra inferior. Fundamentando os seus argumentos, diz que devem ser atendidos cuidadosamente os seguintes princípios: ressecção de todo o tecido cicatricial, uso de enxerto de ampla dimensão, coaptação perfeita pelo uso de molde, massagens diárias que se iniciam do 10.º ao 14.º dias após a operação e que se prolongam por várias semanas e, finalmente, distribuição simétrica do enxerto, ultrapassando a linha de união entre este e a área receptora para obter melhor resultado estético.

A orientação atual do conceituado Serviço de Cirurgia Plástica do "Brookermey Hospital", onde vimos SODERBERG e JENNINGS (1953) desenvolver profícua atividade, coube-nos oportunidade de verificar a preferência pelos enxertos de pele total, fornecendo resultados que consideramos muito bons. Salientam êsses especialistas, entre outras vantagens, a multiplicidade de áreas doadoras disponíveis e a possibilidade de realizar a reparação das perdas parciais, unilaterais, com o emprêgo da pele doada pela pálpebra opôsta, já que a aparência estética e a função são melhores. A região retro-auricular, que naquele Serviço é usualmente utilizada, fornece material de estrutura muito delicada, apresentando, porém, o inconveniente de se mostrar com uma coloração mais clara. Vale aqui ser ressaltada a recomendação que, em nome de sua larga experiência, fazem aqueles autores, sobre a necessidade inadiável de um cuidadoso preparo do leito receptor, onde deve ser praticada uma completa ressecção da cicatriz, sem, contudo, lesar as fibras musculares e os ligamentos dos cantos pálpebrais.

Afirmam SODERBERG e JENNINGS (1953) que as reparações habitualmente feitas nos ectrópios cicatriciais devem ser sempre seguidas de tarsorrafia simultânea para que se evite o aparecimento da eversão da conjuntiva, seqüela que representa uma complicação altamente inestética, além de constituir um grave prejuízo funcional. Dizem que a fixação dos enxertos em algumas técnicas se mostram insuficiente quando apenas representada pelas aderências marginais e adverte que dois grandes percalços devem ser evitados na cirurgia reconstrutora dos ectrópios: a ressecção insuficiente de tecidos, que torna precária a integração, ou, ao contrário, a excisão excessiva, que leva à formação de coloboma, evidentemente agravados pela inevitável retração do enxerto.

Recentemente, SHOFIELD (1954) nos apresenta um minucioso e interessante estudo em que analisa os resultados de 837 operações substancialmente idênticas e que foram praticadas em 144 pacientes portadores de ectrópios cicatriciais pós-queimaduras.

Obedecendo a modificação técnicas anteriormente propôstas por Mc Indoe, utiliza-se de enxertos cutâneos de várias espessuras, conforme a extensão e a localização das lesões, com acentuada preferência para usá-los com modelagem fixa.

Recorre, com maior freqüência, aos transplantes livres de espessura delgada, retirados da face interna do braço, onde os obtém "à mão livre", para, depois, suturá-los ao molde e fixá-los completamente ao leito receptor com diversos pontos de amarração.

Nossa contribuição ao problema se resume na apresentação de cinco casos que tivemos oportunidade de tratar pela técnica que, logo após, descreveremos sucintamente.

**Caso I** — P.C., 59 anos, branca, italiana, casada, doméstica, procedente desta Capital. Veio à consulta em 30 de setembro de 1946, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Queixa-se de sentir a vista continuamente irritada e de se achar impossibilitada de ocluir o olho direito, conseqüente a uma queimadura que sofreu, há oito meses, na face e couro cabeludo. Apresenta, ao exame físico local, um ectrópio cicatricial da pálpebra inferior direita.

**TRATAMENTO:** Operação em 2-10-46 — anestesia local. Incisão justaciliar, descolamento e hiperextensão da borda superior, seguidos de revestimento da área cruenta com enxerto de pele total retirado da região supraclavicular direita. Imobilização em hipercorreção. Evolução normal. 1.º curativo oito dias após, quando se verificou integração total do transplante. As figs. ns. 1 A e 1 B mostram a lesão e o resultado obtido, evidenciando um contraste acentuado entre o enxerto e a área circunvizinha.

**Caso II** — M.B.P.L., 11 anos, branca, portuguesa, colegial, procedente da Capital. Diz sua progenitora que, aos 4 anos de idade, a paciente apresentou furúnculo na pálpebra inferior esquerda e, algum tempo depois da cauterização que sofreu, estabeleceu-se uma cicatriz que repuxa a pálpebra: Consta-se, pelo exame local, a presença de um ectrópio cicatricial da pálpebra inferior esquerda.

O tratamento cirúrgico, neste caso, foi idêntico ao caso I. O resultado da reparação poderá ser observado na fig. n.º 2 B.

**Caso III** — J.N., 41 anos, branco, português, carpinteiro, casado procedente desta Capital. Veio à consulta em 11 de Agosto de 1953, queixando-se de irritação da conjuntiva e impossibilidade de ocluir o globo ocular direito. Relata que há cerca de quatro anos foi atingido no olho direito por fragmento de esmeril que provocou um ferimento lácero-contuso da pálpebra inferior. Depois de socorrido pelo médico da Companhia de Seguros, resultou uma cicatriz viciosa na região suturada, defeito que deseja remover.

Durante o exame físico local, verifica-se a presença de discreto coloboma associado a um ectrópio da pálpebra inferior direita por cicatriz transversal, oblíqua para baixo e que se estende até o limite inferior do osso malar. Catarata traumática.

O tratamento constou de: incisão justaciliar, ressecção completa da cicatriz, hemostasia e distensão da conjuntiva palpebral por dois pontos em "U", com apóio no tarso e na região superciliar direita. Sobre a área cruenta foi colocado um enxerto de pele total retirado da região retro-auricular do mesmo lado da lesão.

O resultado é apresentado pela fotografia n.º 3 B.

**Caso IV** — G.C., 17 anos, branca, brasileira, doméstica, solteira, procedente desta Capital.

Foi examinada pela primeira vez em 4 de novembro de 1953, quando manifestou desejo de corrigir a deformidade palpebral que apresenta desde os seis meses de idade.





Fig. 1-a — Ectrópio cicatricial da pálpebra inferior direita. Antes da operação.



Fig. 1-b — Resultado final.



Fig. 2-a — Ectrópio cicatricial da pálpebra inferior esquerda. Antes da operação.



Fig. 2-b — Resultado após a operação



Fig. 3-A — Ectrópio da pálpebra inferior direita e discreto coloboma.



Fig. 3-B — Resultado obtido após a operação.



Fig. 4-A — Ectrópio da pálpebra inferior esquerda.

Declara ter sido picada por um inseto que produziu uma supuração, ao fim da qual teve uma cicatrização retrátil, produzindo-se o ectrópio da pálpebra inferior esquerda. Nota-se que na região há uma cicatriz que repuxa parcialmente o bordo livre da pálpebra inferior.



Fig. 4-b — Resultado pós-operatório.



Fig. 4-c — Mesma doente mostrando a oclusão das pálpebras.

A terapêutica neste caso, foi também realizada sob anestesia local infiltrativa e a técnica utilizada idêntica à do caso anterior.

Os resultados estético-funcionais podem ser comprovados nas figs. 4 B e 4 C.

**Caso V** — M.D., 18 anos, branco, masculino, brasileiro, comerciário, capital.

Diz que aos 4 anos de idade sofreu uma queda, e, após a fratura de alguns dentes, surgiu uma inflamação na face. Depois de algum tempo notou a deformidade em sua pálpebra direita.

Ao exame físico local, percebe-se uma anomalia de posição da pálpebra inferior direita e uma depressão do rebordo orbitário.

Foi feito o diagnóstico de ectrópio cicatricial da pálpebra inferior direita, proposto e aceito pelo paciente o tratamento cirúrgico idêntico ao caso anterior.

A lesão cicatricial e o resultado poderão ser vistos nas figs. 5A e 5 B.

A técnica que adotamos nesses doentes representa a de nossa preferência; traduz a orientação que nos parece mais ajustada e nada mais é que o método aprendido no serviço do Dr. J. Rebelo Neto, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, modificando pela introdução de algumas variantes técnicas e táticas.

Damos inteira preferência ao enxerto de pele total obtido na região retro-auricular, reconhecendo, todavia, que o material fornecido pela pálpebra superior conduz a resultados algumas vezes superiores, quando os consideramos estritamente sob o aspecto estético.



Fig. 5-a — Ectrópio cicatricial da pálpebra inferior direita.

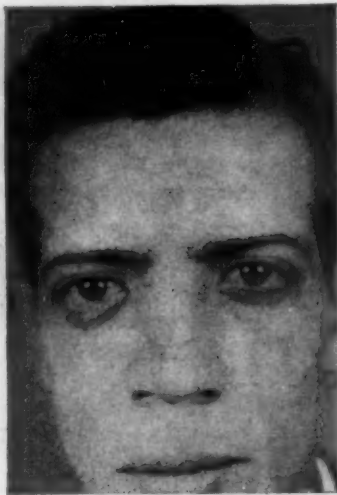


Fig. 5-b — Resultado obtido depois da operação.

Desejamos, porém, salientar que nem sempre é possível recorrer à pele da pálpebra vizinha, porque, em muitos casos, é tal a gravidade da lesão que o tegumento normal se mostra muito exíguo, como nos ectrópios totais.

Não compreendemos porque alguns autores se restringem ao uso de enxertos do tipo Thiersch e aos de pele total da região supra-clavicular. A nosso ver os primeiros podem ser considerados precários, pois condicionam acentuados graus de retração e notáveis mutações de coloração, ocorrência freqüente nessas áreas e, quanto aos segundos, julgamos que não se devem comparar aos transplantes obtidos da região retro-auricular, zona doadora onde se torna praticamente invisível a cicatriz.

Nos casos há pouco descritos, utilizamos a seguinte técnica: (Fig. 6).

- 1.º) incisão justaciliar, com ou sem ressecção da cicatriz, conforme particularidades de cada caso: Fig. 6-a);
- 2.º) Libertação completa da pálpebra inferior por dissecação a bisturi, poupando, cuidadosamente, o estrato muscular subjacente;
- 3.º) Hiperextensão da pálpebra libertada, que é então mantida nessa posição por alguns fios passados em alça na porção tarsoconjuntival, cujas pontas vão ser fixadas na região frontal sobre pequenos rolos de gaze. (Figs. 6-b e 6-c);

- 4.º) Revestimento da área cruenta com enxerto de pele total obtido da região retro-auricular. (Figs. 6-c e 6-d);
- 5.º) Curativo compressivo com gaze fôfa, algodão ou estôpa e mantido com ataduras de crepe elástico.

Habitualmente levantamos o primeiro curativo até atingir as gazes do campo operado, no quinto dia, seccionando, nessa data, os fios de suporte à posição de hiper-extensão da pálpebra e fazemos, no oitavo dia, o segundo curativo, para a retirada dos pontos de sutura.

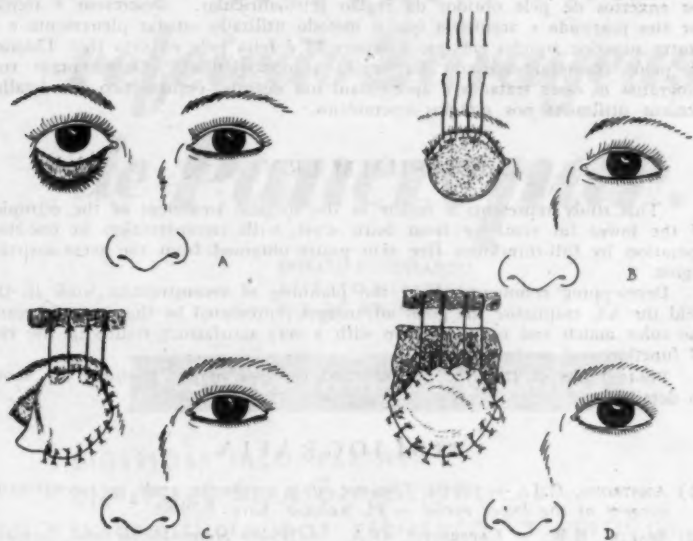


Fig. 6-A. B. C. D.

Na evolução do pós-operatório, preconizamos, sistematicamente, as massagens manuais suaves, com vaselina, realizadas diariamente pelo próprio paciente, a partir da 4.ª semana, prolongando-as por alguns meses.

Considerando a simplicidade do método, a maneira como atende aos principais fundamentos técnicos para obter uma satisfatória reconstrução dos ectrópios da pálpebra inferior e, sobretudo, os resultados estético-funcionais que poderemos conseguir, sentimos a necessidade de divulgar os casos aqui apresentados, especialmente pela existência atual de grande controvérsia sobre o critério seletivo dos transplantes livres para as pálpebras.

Já dissemos que a pele da região retro-auricular satisfaz plenamente e se mostra mesmo superior à que pode ser obtida da região supraclavicular ou de outras área mais distantes do defeito.

Como ocorre com relação à pálpebra superior, a zona doadora que ambas representam são muito escassas e, nos casos de ectrópio muito extenso, torna-se impossível colher material suficiente para as necessidades da reparação. Nestas eventualidades, impõem-se então, recorrer a outras regiões, como a face medial do braço, a supraclavicular e, mesmo ao abdome.

### RESUMO

Os AA. apresentam cinco casos de ectrópio da pálpebra inferior tratados por enxertos de pele obtidos da região retro-auricular. Descrevem a técnica por eles praticada e acentuam que o método utilizado satisfaz plenamente e se mostra superior àqueles em que a reparação é feita pelo enxerto tipo Thiersch ou pelos transplantes livres da região supraclavicular. Documentam com fotografias os casos tratados e apresentam um desenho esquemático dos detalhes técnicos utilizados nos estágios operatórios.

### SUMMARY

This study represents a review of the surgical treatment of the ectropion of the lower lid resulting from burn scars, with reconstruction in one-stage operation by full-thickness free skin grafts obtained from the retro-auricular region.

Developping comments about the planning of reconstructive work in this field the AA. emphasise the great advantages represented by these grafts because the color match and complete take with a very satisfactory results in the view of function and aesthetic point.

Photographs of the five patients and drawing of the technique are shown in details.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) AMSTRONG, C.J. — (1948) *The use of a composite graft in reconstructive surgery of the lower eyelid* — Pl. Reconst. Surg. 3:79-83.
- 2) SPAETH, E.B. — CAPPRIOTTI, O.A. — (1948) *Heteroplastic and Isoplastic skin grafts. With report of successful repair by isografts on bilateral ectropion of four eyelids due to ichthyosis congenita*. Pl. Reconst. Surg. 3:707-713.
- 3) FIGI, F.A. — (1950) *Plastic surgery of the eyelids* — Pl. Reconst. Surg. 5:403-418.
- 4) GONZALEZ-ULLOA, M. — (1950) *Correction of cicatricial ectropion by means of a skin graft placed over an artificially hiperdistended area*. — Pl. Reconst. Surg. 5: 310-321.
- 5) KILNER, T.P. — (1951) *Plastic surgery relation to the eye*. — Proc. of the Royal Soc. of Med. — Sec. of. Oftalm. 1-9.
- 6) MANCHESTER, W.U. — (1951) *A simpler method for the repair of full thickness defects of the lower lid with special reference to the treatment of neoplasm*. — Brit. J. Pl. Surg. III: 252-363.
- 7) SODERBERG, B.N. — (1953) Comunicação pessoal.
- 8) JENNINGS, H. — (1953) Comunicação pessoal.
- 9) SODERBERG, B.N. — SICHI, W.T. — JENNINGS, H.B. (1953) *Plastic repair of the eyelids*. — U.S. Armed Forc. Med. J. 281-286.
- 10) SHOEFIELD, A.L. — (1954) *A review of burns of the eyelids and their treatment*. — Brit. J. Pl. Surg. VII: 67-91.



*.... em cada  
refeição 2 drageas  
de Pancrepar.*

EXTRATO PANCREÁTICO  
EXTRATO HEPÁTICO  
BILE DE BOI-BOLDINA

TODOS OS FERMENTOS DIGESTIVOS

DIGESTÕES INCOMPLETAS  
DISPEPSIAS HEPATO-PANCREÁTICAS  
INSUFICIÊNCIA DOS FERMENTOS DIGESTIVOS

É UM PRODUTO DISTRIBUÍDO POR



**LABORATÓRIOS ENILA S/A.**

Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal, 484 — Rio de Janeiro

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

**VITAMINA  
C**

**Cantana**



## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

## DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 de setembro de 1953

Presidente: Dr. ANTONIO CORRÊA

**Informe sobre logaudiometria.** — Dr. Armando Paiva de Lacerda. — O autor, de início, referiu-se às provas qualitativas da audição, que cederam lugar aos testes audiométricos de tons puros, utilizando a escala de decibéis para medida da intensidade auditiva. Com o desenvolvimento da audiometria tonal verificou-se, porém, que nem sempre ela permite determinar a capacidade de só ouvir a fala e que uma impressão mais perfeita nesse sentido só pode ser fornecida pela medida da própria fala. Daí a importância dos estudos relativos à fono ou logaudiometria, empregando-se sistemas eletrônicos por meio dos quais a voz passou a ser controlada pela escala de decibéis, recorrendo-se a determinada técnica e a lista de fonemas previamente

balanceados ou selecionados (P.B. tests).

O autor fez, a seguir, referência aos antigos conhecimentos fonéticos e ao novo conceito que considera os sons vocálicos como o resultado da colaboração de todo o organismo, de acordo com o princípio pavloviano da unidade funcional orgânica, sob a direção cortical. Mostrou, ainda, a importância da determinação das unidades fonéticas mínimas durante as pesquisas logaudiométricas.

Fazendo o histórico dos estudos relativos à medida da perda auditiva em relação à fala, reportou-se aos trabalhos originais de Fletcher e colaboradores, nos Bell Telephone Laboratories, às experiências posteriores de outros autores, até se chegar aos trabalhos mais recentes da

*Acaba de aparecer:*

**ESTUDOS CIRÚRGICOS**6.<sup>a</sup> Série

*Pedidos ao autor*

**DR. EURICO BRANCO RIBEIRO****Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil****PREÇO: Cr\$ 200,00**

Universidade de Harvard e aos estudos complementares do Instituto de St. Louis, de aplicação clínica. Destacou o valor das listas foneticamente balanceadas da Universidade de Harvard, especialmente dos testes de palavras dissilábicas com igual acentuação ("selected spondees"), que se tornaram os preferidos nessas pesquisas.

Referiu-se ainda à função de articulação, em que se baseia a moderna audiometria da fala, seguindo-se a projeção de audição normal e de diferentes tipos de material fonético, bem como curvas de captação de pessoas hipocústicas.

O autor, depois de mencionar os ensaios logoaudiométricos do Prof. Ermiro Lima, lançando a semente desses estudos entre nós, concluiu pela necessidade de se dar prosseguimento, em maior escala, a tais experiências, cujo campo de aplicação clínica e educacional se revela muito importante.

**Evolução e progresso na prótese auricular eletrônica. Sua indicação.** — Dr. José Eugênio de Rezende Barbosa. — Na primeira parte da comunicação, o autor fez um apanhado geral sobre a evolução histórica dos aparelhos auxiliares do surdo, descrevendo os diferentes princípios em que se basearam e ilustrando com projeções de microfotografias de, praticamente, todos os diferentes tipos de aparelhos que existiram, desde a "elipsis óptica", "abóbada de Dionysius" e a "trompa suspensa de Alexandre, o Grande", até os modernos aparelhos de amplificação eletrônica. De acordo com Goldstein, o autor reuniu os diferentes tipos de aparelhos em 6 grupos representando diferentes princípios na acústica, mecânica e no aspecto exterior dos mesmos: 1.º) Tubos acústicos (tubos de conversação simples; tubos flexíveis com receptores especiais; tubos idéias acústicas engenhosas e tubos com receptores sonoros múltiplos). 2.º) Trombetas acústicas (formas simples, primitivas e variadas). 3.º) Receptores ocultos ou camuflados (leque, chapéus, pentes ornamentais, coletes, chapéu-de-sol, bengala, etc.). 4.º) Aparelhos com o fim de aumen-

tar as dimensões e capacidade do sistema de transmissão sonora (aparelhos para o pavilhão auricular; pequenos tubos para diminuir a luz do canal; tímpano artificial). 5.º) Aparelhos de transmissão óssea (audifone, dentafone, osteofone, etc.). 6.º) Aparelhos elétricos (com o princípio telefônico e com o princípio eletrônico).

Na segunda parte da comunicação, o autor fez uma descrição pormenorizada e comparativa dos dois princípios dos aparelhos elétricos: a carvão e a tubo a vácuo. Descreveu, em cada tipo, os sistemas transmissor, amplificador e receptor, demonstrando as vantagens e defeitos de cada um. Tratou o autor, em seguida, da adaptação dos aparelhos auxiliares, considerando as indicações e contra-indicações dos aparelhos, a modelagem de conduto e a questão da amplificação uniforme versus amplificação seletiva. Nas hipocúsias de tipo condução, com audiograma uniforme ou linear, observou o seguinte: a) alta voltagem de saída, bateria B de 30 a 40 volts; b) aparelho com amplificação de tipo uniforme, linear, não supressiva; c) adaptação no conduto firme e profunda; d) condutor ósseo somente quando a curva óssea for, no mínimo, 30 decibéis acima da área na zona de 1.000 a 3.000 ciclos, ou nas condições crônicas incuráveis locais. Nas hipocúsias de tipo percepção, com audiograma não uniforme, a adaptação do aparelho é muito mais difícil, necessitando-se determinar o recrutamento do volume, a curva limiar de um volume confortável, as ilhas ou lacunas. Observou o seguinte: a) bateria B de baixa ou média voltagem; b) amplificador de tipo supressivo, de acordo com o limiar de volume confortável; c) adaptação no conduto não profunda, e, mesmo, não invisível; d) jamais o condutor ósseo. Em uma parte final, o autor abordou a questão do futuro dos aparelhos auxiliares do surdo, resumindo as possibilidades de um grande progresso no seguinte: 1) amplificação binaural; 2) uso dos transmissores como amplificadores, substituindo os tubos a vácuo; 3) desligamento automático dos aparelhos.

A mais recente via de absorção da penicilina  
(RÁPIDA, TOTAL E CONTROLÁVEL)

# PENSULAC

— Supositórios de penicilina —  
(para adultos e crianças)



## INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:

O *Pensulac*, supositórios de penicilina, tem as mesmas indicações da penicilinoterapia via parentérica ou oral:

### A) COM OBJETIVO TERAPEÚTICO:

- 1 — Infecções por germes suscetíveis à penicilina, em adultos ou crianças, especialmente em:
  - a) estafilococias (furúnculos, antraz, osteomielite, feridas infectadas, abscessos, empiema, meningite);
  - b) estreptococias (anginas, empiema, celulite, mastoidite, meningite, peritonite, infecção puerperal);
  - c) pneumococias (pneumonia, pleurite, endocardite, peritonite, meningite);
  - d) gonococias, (blenorragia, epididite, proctite, vulvo-vaginite, celulite pélvica, peritonite, artrite, endocardite, oftalmia);
  - e) infecções mistas por associação de germes piogênicos (bronquites, bronco-pneumonias, pneumonias, sinusites, otites, uretrites, abscessos periuretrais, cistites, prostatites, pielonefrites);
  - f) infecções diftéricas e clostrídicas (como coadjuvante da soroterapia).
- 2 — Infecções do reto, abscessos anais e perianais, infecções da próstata e da vagina.

### B) COM OBJETIVO PROFILÁTICO:

- 1 — Antes e após qualquer intervenção cirúrgica, especialmente em Proctologia, Ginecologia e Obstetria.
- 2 — Em infecções das vias respiratórias, a fim de impedir complicações por germes piogênicos.
- 3 — Nas amigdalectomias, extrações dentárias, febre reumática, amígdalas e dentes infectados, os supositórios *Pensulac* têm grande indicação, evitando as infecções secundárias.

FÓRMULA (Cada supositório de 1,50 contém):

Penicilina G cristalizada .....	300.000 U. Ox.
Excipiente especial .....	q. s.

## APRESENTAÇÃO:

Vidros com um supositório de 300.000 unidades Oxford.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE — Os supositórios de *Pensulac* podem ser empregados indistintamente em adultos e em crianças de qualquer idade.



LABORATÓRIO  
MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S. A.  
Rua Marquês de São Vicente, 104 — Gávea — Rio de Janeiro

## DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA

Sessão em 23 de novembro de 1953

Presidente: DR. RUBENS FERREIRA DE BARROS

**Considerações sobre a costela cervical.** — Drs. Bindo Guida Filho e Oscar Ugolini. — Ao estudar a evolução dos casos operados no Serviço de Cirurgia Torácica do Dr. Gabriel Martins Botelho, os autores depararam com dois casos de costelas cervicais. Pela revisão bibliográfica verificaram que, dos numerosos autores consultados, uns são prolixos, enquanto outros não assinalam ou citam ligeiramente tal anomalia. Esta anomalia, além de aparecer na dependência da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical, pode ser encontrada em correspondência com a apófise transversa da 1.<sup>a</sup> vértebra lombar, e ainda, se bem que raramente, de outras vértebras lombares ou mesmo das vértebras sacras. Essa anomalia, de relativa frequência no homem (4,3% dos casos), está fartamente documentada no que concerne em especial ao caso da costela supranumerária em correspondência com a 1.<sup>a</sup> lombar, devido a suas importantes relações com o rim, uréter, vasos e nervos lombares. Da mesma maneira, a 7.<sup>a</sup> costela cervical é objeto de estudo, pois suas importantes relações anatómicas (artéria e veia subclávias, músculos escalenos e feixes

nervosos) fazem-na merecedora de atenção, em especial no caso de sua ressecção. São citados os dois casos observados, sendo ambos de costelas supranumerárias na dependência da apófise transversa da 7.<sup>a</sup> costela cervical.

**Influência dos novos moradores na zona dispensária no aparecimento de novos focos tuberculosos.** — Drs. Mozart Tavares de Lima Filho, Bruno Quilici, Daud Abuchala e Almir Ferreira. — Os autores apresentaram um estudo de 399 casos de tuberculose pulmonares matriculados no Dispensário do Ipiranga de 1.<sup>o</sup> de janeiro a 31 de setembro de 1953. Analisaram uma percentagem considerável de novos focos provenientes de outros Municípios, Estados e mesmo de outros países, influinte na prevalência da tuberculose do referido distrito sanitário. Concluíram que, nas cidades populosas, onde há grande imigração, é necessário estar alerta na descoberta dos novos focos. Preconizam uma ação de propaganda e educação sanitária contínuas, a fim de atingir os indivíduos recém-chegados à zona dispensária.

Sessão em 23 de outubro de 1953

Presidente: DR. MARIO DE MELLO FARO

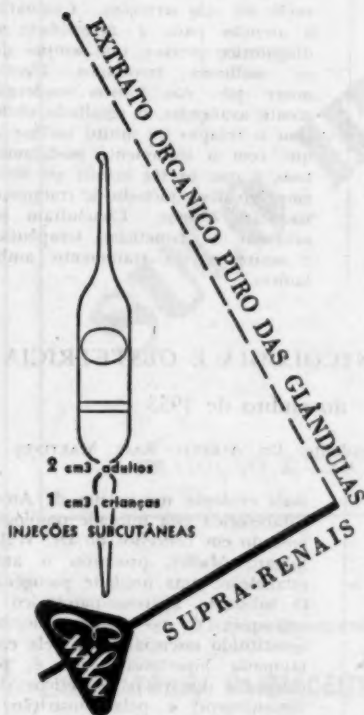
**Cardiopatias e abreugrafia.** — Dr. Mario Inglês de Souza (convidado). — O autor iniciou seu trabalho fazendo considerações sobre o valor da abreugrafia no diagnóstico das cardiopatias. Citou estatísticas estrangeiras, particularmente os trabalhos de Schartz (Cincinnati), Mathisen (Colúmbia Britânica) e Seizer (Los Angeles), para compará-las com os resultados obtidos nos centros onde se tem realizado o cadastro torácico em nosso meio. Salientou os dados muito variáveis obtidos na D.S.T., onde os valores percentuais das anor-

malidades da silhueta cardiovascular variam de 0,06% a 4,90%, atribuindo tal diferença à provável inobservância de regras básicas de propedêutica radiológica. Projetou, a seguir, uma série de diapositivos, onde salientou os dados mais importantes relativos à projeção radiológica do coração e pedículo vascular. Passou a expor os resultados do exame de um grupo de 2.900 pessoas, no qual foram encontradas 127 com silhuetas cardíacas consideradas como "anormais" (4,38%). Esse grupo foi a seguir submetido a exame clínico, eletrocardio-



## Crise de Asma

# ANTI-ASTHMATICO DE HECKEL



é o tratamento mais ativo  
da crise de asma.  
A ação insubstituível  
da adrenalina natural  
é um fato incontestável,  
de longa verificação clínica.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

gráfico, etc., com o seguinte resultado final: considerados normais, 32 (25,19%); não compareceram para exames complementares, 13 (10,23%); não esclarecidos, (6,29%). Cardiopatias verificadas, 82: doença vascular hipertensiva e arteriosclerose, 46 (56,09%); idem e diabetes, um (1,22%); lues cardiovascular, 4

(4,87%); doença reumática valvular, 12 (14,63%); arteriosclerose sem hipertensão, 2 (2,43%); esclerose coronária, 4 (4,87%); fibrilação auricular, 3 (3,65%); angor, um (1,22%); cor pulmonale crônico, um (1,22%); glomerulonefrite crônica, 5 (6,09%); obesidade, 20 (24,40%).

### Sessão em 23 de dezembro de 1953

Presidente: DR. MARIO DE MELLO FARO

**Valorização do tratamento ambulatório da tuberculose pulmonar.** — Drs. Mozart Tavares de Lima Filho, Daud Abuchalla, Bruno Quilici e Almir Ferreira. — Os autores, inicialmente, fizeram considerações sobre as medidas mais eficientes da luta antituberculosa. Procuraram, na análise de 228 casos tratados no Dispensário do Ipiranga, por quimioterápicos e antibióticos ou colapso médico (pneumotórax ou pneumoperitônio), dar ênfase ao tratamento ambulatório, salientando a percentual de casos negativados: 57,4%. Analisaram o material, considerando as formas

radiológicas e o tempo gasto entre o início do tratamento e a negatificação de suas secreções. Chamaram a atenção para a necessidade do diagnóstico precoce, que sempre deu os melhores resultados. Fizeram notar que, nas formas moderadamente avançadas, o resultado obtido com o colapso foi muito melhor do que com o tratamento medicamentoso, o que os fez insistir no maior emprego deste método de tratamento naquelas formas. Concluíram por salientar os benefícios terapêuticos e sanitários do tratamento ambulatório.

### DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

#### Sessão em 30 de novembro de 1953

Presidente: DR. ALBERTO RAUL MARTINEZ

**Etiopatogênica da toxemia tardia da prenhez.** — Dr. Ruy Piazza. — O autor iniciou dizendo que, de acordo com as modernas concepções sobre a anatomia patológica da epilepsia, a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia devem ser consideradas aspectos diferentes da mesma doença, sendo que a diferença de manifestações entre uma e outra, isto é, a presença de convulsões na primeira e a falta das mesmas na segunda, se explica por serem as doentes eclâmpicas portadoras da constituição epilética, que se traduz do ponto de vista anatômico pela assimetria das formações encefálicas em geral e do sistema rinencefálico em particular, diferença essa sempre

mais evidente nos cornos de Amón. Estabelecida esta unidade nosológica, baseado em conceitos do Dr. Walter Edgard Maffei, procurou o autor estabelecer uma unidade patogênica. O substrato anátomo-patológico da eclâmpsia é, no sistema nervoso, constituído essencialmente pela encefalopatia hipertensiva, isto é, pela congestão dos vasos periféricos (leptomeningeos) e pela constrição de toda a rede capilar profunda, com sufusões hemorrágicas disseminadas, às vezes confluentes, o todo acompanhado de imponente edema de toda a substância nervosa, assumindo o encéfalo uma palidez particular. Tal achado, do ponto de vista imuno-

# O I.S.M.

*Relembra-lhe*

## **SUCO HEPÁTICO**

HEPATO-PROTETOR  
E  
ANTITÓXICO

TRADIÇÃO E EFICIÊNCIA COMPROVADA

Representante exclusivo para o Brasil

**LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.**

Rua Lisboa, 890 — São Paulo, Brasil

Consultores Científicos : { Prof. W. BERARDINELLI  
Prof. A. DE BARBIERI

alérgico, corresponde a um fenômeno de hipersensibilidade do sistema nervoso a um alérgeno, isto é, ao produto do choque de um antígeno com um anticorpo. O órgão de choque seria o fígado. Resumindo, a patologia da eclâmpsia residiria numa sensibilidade exaltada do sistema nervoso a um alérgeno, possivelmente produzido no fígado, sensibilidade esta que desencadearia a encefalopatia hipertensiva, acompanhada de convulsões (eclâmpsia) ou não (pré-eclâmpsia), conforme entrasse em jogo ou não, a constituição epilética do doente. Para explicar a etiologia falta, assim, explicar a natureza do alérgeno, isto é, qual o antígeno e qual o anticorpo de cujo choque ele resulta, sendo notório que, na grande maioria dos casos, logo após o parto, desaparece todo o cortêjo sintomático da eclâmpsia e da pré-eclâmpsia, daí falar-se em incompatibilidade feto-materna. Parece lícito supor que um se forma na mãe e outro no filho, possivelmente o antígeno na mãe e o anticorpo no filho. As lesões anátomo-patológicas da sífilis congênita permitem asseverar a capacidade de produção de anticorpos no feto, pois nessas lesões se encontram numerosas células linfocitoides, às quais está ligada a produção de anticorpos. Assim sendo, a eclâmpsia poderia ser desencadeada por alérgenos resultantes de antígenos diversos, aos quais corresponderiam anticorpos também diversos, isto é, alérgenos resultantes de um fenômeno de parálgia. Nos casos em que a eclâmpsia surge em gestantes que nunca apresentaram anteriormente fenômenos hipertensivos e nas quais estes desaparecem logo após o parto, é possível que entre em jogo o fator Rh, no caso da mãe ser Rh-positivo e o feto ser Rh-negativo e, portanto, com capacidade de produção de anticorpos anti-Rh-positivo, o inverso do que se verificaria na eritrosblatose fetal (o autor apresentou o resumo de uma observação). Evidentemente, estes casos constituiriam apenas uma parte dos de eclâmpsia e pré-eclâmpsia, mas seu valor consistiria em demonstrar objetivamente a chamada incompatibilidade feto-materna. Mas, qual a importância

deste modo de encarar a etiopatogenia da eclâmpsia e da pré-eclâmpsia? Desde que seja reconhecida sua unidade nosológica e ambas consideradas manifestações de um fenômeno de hipersensibilidade, o tratamento dessensibilizante prolongado das gestantes viria obstar a eclosão de tal fenômeno. Além disso, o tratamento da eclâmpsia e pré-eclâmpsia instaladas deveria ser conduzido nesse mesmo sentido. Esta nota prévia foi feita com o espírito de divulgar entre os especialistas de obstetrícia de nosso meio os conceitos expostos, a fim de que, com sua experiência, possam no futuro confirmá-los ou infirmá-los.

**Fator cervical na esterilidade feminina.** — Dr. José Nemirowsky. — O autor iniciou dizendo que o fator cervical é responsável pela esterilidade, quer isoladamente, quer com outros fatores, em um terço dos casos. Embora seja a cérvix acessível, seu estudo é bastante complexo e numerosos testes devem ser feitos até que a participação do fator cervical possa ser ou não incriminada. Desde logo, o teste de Sims-Huhner sobressai pela sua importância, em relação ao qual, porém, há um ponto controverso que merece atenção: quantas horas após o coito deve ser realizado? Os autores variam apenas entre 2 e 20 horas. Para este últimos (Segny, Palmer, etc.), o canal cervical constitui uma estufa na migração dos espermatozoides, que aí podem ficar ativos até 4 dias, às vezes. Só o exame feito entre 15 e 20 horas, dizem esses autores, pode demonstrar que os espermatozoides mais aptos já estarão bem alto no tracto genital. Os que permanecem no canal, ainda que normalmente móveis, não mais receberão o impulso rumo acima. O autor faz o teste 3 a 4 horas após o coito, o que é a orientação mais usual. O autor passou a discutir o caso em que o teste após o coito mostra ausência de espermatozoides no canal, estando presentes na vagina, não havendo outras anormalidades. O teste de Kurzrok-Miller (ou Segny-Simmonlt) é geralmente descrito nos livros, porém, raramente

executado; o autor também não o usa por o considerar de valor limitado, não informando exatamente se a falta de penetração é devida à hostilidade do muco cervical ou a uma deficiência espermática quanto à penetrabilidade. Barton e Wiesner procuram resolver esta questão com as chamadas provas cruzadas *in vitro*: o muco do canal cervical em estudo é colocado frente a um espermatozoide reconhecidamente normal; na segunda prova, o germe em questão é colocado frente a um muco sabidamente normal. Salta aos olhos a dificuldade da realização dessas provas cruzadas. O teste da cristalização do muco cervical, estudado por Campos da Paz, facilita enormemente a análise em questão. O autor demonstrou que, quando, o muco cristaliza (no período ovulatório), é receptivo e, quando não cristaliza, é hostil. Sendo esse teste facilíssimo de executar, ele nos dirá de imediato, nos casos de ausência de espermatozoide só no muco cervical, se a falha é devida ao espermatozoide ou à hostilidade da secreção cervical.

**Fator tubário na esterilidade feminina.** — Dr. Franz Müller. — O autor iniciou sua exposição salientando a importância do fator tubário na esterilidade feminina. Há cerca de 18 ou 25 anos a obstrução tubária era responsável por cerca de 50% dos casos de esterilidade (Ma-

zer e Israel). Os antibióticos atualmente diminuíram essa percentagem. O autor tratou, a seguir, do problema da patologia e cuidou então da questão da hipoplasia tubária, dos processos sépticos da infecção gonocócica, da salpingite tuberculosa, da endometriose tubária, do espasmo tubário, da relação entre a apendicite e a esterilidade de origem tubária. Tratou depois dos problemas de semiologia e lembrou que Srebbé verbera a orientação anticoncepcionista que a investigação da esterilidade conjugal toma em nosso tempo. Lembrou as provas de permeabilidade tubária; citou a de Heim e Hinselmann, a de Speck (P.S.P.); falou depois sobre a insuflação tubária (Rubni) e a histerossalpingografia. Referiu-se ao diagnóstico da salpingite tuberculosa, lembrando que Halbrécht, Sardi e Arrighi dão preferência à cultura das secreções intermenstruais e do sangue menstrual em contraposição à curetagem uterina, embora não se possa prescindir desta. Falou sobre a peritonioscopia e a colposcopia. Teceu, finalmente, comentários sobre o problema terapêutico; lembrou o insucesso da cirurgia plástica e ressaltou os resultados nas mãos de Palmer, Ingersoll e Rutherford; lembrou o oleato de colesterolina e os fios de polietileno usados na cirurgia plástica com resultados mais animadores.

### Sessão em 28 de dezembro de 1953

Presidente: DR. ALBERTO RAUL MARTINEZ

**Estudo comparativo entre uma reação biológica (Galli-Manini) e uma reação bioquímica (Richardson) no diagnóstico precoce da gravidez.** — Drs. Rafael Giannella e Mario Lepolard Antunes. — Os autores realizaram as reações de Galli-Manini e de Richardson em 33 pacientes assim classificadas: gravidez, 13 casos; atraso menstrual, 7; abortamento, 5; normais, 4; gravidez com feto morto, 2; metrorragia, um; mola hidatiforme, um. Ambas as reações concordaram em positividade em 14 casos; foram concordes negativas em 15 casos. Houve discordância em

4 casos: em 3 com Richardson positivo e Galli negativo e em um caso com Galli positivo e Richardson negativo. Nos 3 casos discordantes, a prova bioquímica mostrou-se mais precoce (num deles a reação biológica foi positiva somente 4 dias após a positividade do Richardson); um outro caso deste grupo mostrou uma prova bioquímica positiva em paciente com atraso menstrual, sem gravidez (falsa reação positiva). O caso discordante com reação biológica positiva foi verificado em paciente grávida (o Richardson revelou uma falsa reação negativa).

Num dos casos de gravidez com Galli positiva, a prova bioquímica, realizada duas vezes, com intervalo de 3 dias, apresentou leitura duvidosa. A precocidade da prova bioquímica nos 2 casos analisados não suplanta os defeitos da prova (falsas reações, leituras duvidosas).

**Conceito e classificação da toxemia gravídica.** — Drs. José Hemermez e Bernardo Yuquelson. — Os autores apresentaram e discutiram as normas e a classificação de toxemia da gestação elaboradas por uma comissão do American Committee of Maternal Welfare (Eastman, Bell, Kellog, Mussey, Chesley, Peters, Page, Johnson e van Wyck) em abril de 1952. A classificação proposta divide em três grupos a toxemia: 1 — Toxemia aguda da prenhez (incluindo pré-eclâmsia e eclâmsia). 2 — Moléstia vascular hipertensiva crônica com gravidez (com toxemia aguda superposta, sem toxemia aguda superposta e casos de hipertensão arterial precoce antes de 24.<sup>a</sup> semana de gestação). 3 — Toxemias não classificadas. Depois de analisar as normas para o enquadramento dos casos na classificação proposta, os autores salientaram a importância da adoção das mesmas por todos os Serviços de Obstetrícia, a fim de que se possa chegar a conclusões úteis com relação a fatos clínicos básicos.

A seguir, baseados na experiência pessoal com casos observados nos Serviços de Obstetrícia do IAPC (Santos), IAPI, Casa Maternal D.<sup>a</sup> Leonor Mendes de Barros e Serviço de Obstetrícia da Universidade de Cincinnati (Cincinnati General Hospital, Ohio,

Estados Unidos da América do Norte), os autores discutiram o problema da toxemia superposta ao quadro de hipertensão arterial anterior, o da cronicidade em toxemia, o da mortalidade fetal intra-uterina em toxemia e, finalmente, analisaram o paralelismo entre a síndrome da toxemia aguda da prenhez e a glomerulonefrite difusa aguda, sob os pontos de vista clínico e terapêutico.

**Coréia gravídica. Resultados obtidos em cinco casos tratados pelo ACTH.** — Dr. Oswaldo Freitas Julião. — Os magníficos resultados obtidos no tratamento da coréia reumatisal pelo ACTH e pela cortisona justificaram a utilização da mesma terapêutica na chamada "coréia gravídica", modalidade da coréia de Sydenham caracterizada pelo seu desenvolvimento durante a gravidez (síndrome coréica da gestação). Esse tratamento foi empregado pelo autor em 5 casos de coréia gravídica, em 3 dos quais a intensidade da síndrome hiperkinética era máxima; em outro caso, a síndrome coréica era de grau mais moderado e, em outro, relativamente discreta. Os resultados obtidos podem ser considerados excelentes, mostrando-se esse recurso terapêutico como um método realmente eficiente, indicado sobretudo para os casos de maior gravidade, proporcionando respostas favoráveis em prazo relativamente curto, às vezes mesmo surpreendente. Atenção especial merecem os casos de coréia gravídica acompanhados de desordens psíquicas importantes, condições em que o tratamento pelo hormônio adrenocorticotrópico pode estar mesmo contra-indicado.

## DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 10 de novembro de 1953

Presidente: Dr. PAULO DE CASTRO CORREIA

**Colecistoduodenostomias túbulo-pilares.** — Dr. Caetano Zamitti Mammana. — O autor, fundado em trabalhos de Judd, Berard, Mallet-Guy, Auger, Croizat, Souza Nazareth, e

de modo especial em suas pesquisas experimentais, fez inicialmente considerações gerais sobre as complicações que se seguem às colecistoduodenostomias, representadas pelo re-



# SCUROCILLINE "4"

## REFORÇADA

Penicilina G-Procaína e Penicilina G Sódica

PRODUTO 100 % NACIONAL  
DA  
FÁBRICA DE ANTIBIÓTICOS RHODIA

Caixa contendo:

Frasco com 100.000 unidades de Penicilina G Sódica e 300.000 unidades de Penicilina G-Procaína  
1 ampola de 2 cm<sup>3</sup> de diluente aquoso



*A marca de confiança*

# RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

fluxo e estase do material digestivo para o interior das vias biliares, seguidas, às mais das vezes, de angiolite ascendente ou de estenoses cicatríciais que se processam tardiamente ao nível da boca anastomótica. Passou em revista as diversas técnicas propostas para corrigir esses inconvenientes, fazendo um estudo crítico das mesmas. Referindo-se a colecistoduodenostomia intraparietal de Lambret e à colecistoduodenostomia à Schnitzler de Spivack, disse que, nesses processos: a) a boca anastomótica é muito pequena e tende a estenotar-se tempos depois; b) a sutura das paredes duodenais, diminuindo a luz dessa víscera, perturba-lhe o peristaltismo; c) a dissecação da vesícula de seu leito hepático pode acarretar hemorragia de proporções várias, além de deixar uma superfície cruenta que facilita a formação de aderências. Tratando da anastomose bilio-duodenal sobre tubo de Duval, citou entre outros inconvenientes: a) a obliteração da luz do tubo de borracha, ocasionada pelo depósito de concreções biliares; b) a necessidade de segunda intervenção cirúrgica para extrair o dreno retido como corpo estranho; c) a estenose cicatricial da boca anastomótica após a eliminação espontânea do mesmo. Com o fim de sanar esse inconveniente, o autor propôs, em 1933, dois processos: a *colecistoduodenostomia tubular* e a *colecistoduodenostomia túbulo-papilar*.

O *processo tubular* consiste em fazer, à custa da parede anterior da vesícula, um conduto simples que é implantado no duodeno; esse processo foi praticado pela primeira vez em 1933 numa doente com icterícia obstrutiva ocasionada por pancreatite crônica, com ótimo resultado: a doente curou-se e ainda hoje (20 anos depois) goza de boa saúde; a boca anastomótica funciona perfeitamente e não permite a passagem de material digestivo para o interior das vias biliares. Esse fato foi comprovado radiologicamente tempos depois da operação, e o refluxo não se processou, apesar da paciente ter sido examinada em posição ortostática, em decúbito e em Trendelen-

burg, sob intensa compressão (manual e com pelota) exercida entre a 2.ª e a 3.ª porções do duodeno e associada à malaxação do estômago.

O *processo túbulo-papilar* ou *processo ideal* consiste em sectionar um retalho da face anterior da vesícula com a largura correspondente à do pavilhão de um catéter imaginado pelo autor, sendo sua extremidade terminal dobrada para fora 4 a 5 mm e fixada à serosa vesicular. O retalho é transformado num túbulo modelado sobre a haste do catéter. Através de uma botoeira aberta no bordo superior do duodeno, a papila neoformada é introduzida em sua luz e o túbulo é fixado às paredes duodenais por meio de uma sutura em dois planos. Em seus trabalhos experimentais feitos em cães, a vesícula biliar, que no momento da intervenção é reduzida de tamanho, no fim de alguns meses se dilata e atinge seu volume primitivo. Esse fenômeno é atribuído pelo autor ao fato de que o escoamento biliar através do novo ducto se faz de modo intermitente durante os movimentos peristálticos do duodeno. As paredes do ducto no ponto de sua implantação nessa víscera se acolariam alternativamente num sentido e noutro com o processar das contrações das fibras musculares circulares e longitudinais, obstando a passagem da bile. A papila neoformada apresenta um bordelete saliente em forma de válvula. As provas do refluxo feitas em cães sacrificados mostraram que, após a ligadura da 3.ª porção do duodeno, a água injetada em sua luz através do piloro, mesmo sob forte pressão, não passava para o interior da vesícula. De outro lado, a compressão, mesmo leve das paredes vesiculares, dava passagem de bile para o duodeno.

Para o bom êxito da intervenção, aconselha o autor que seja praticada sob boa anestesia, com instrumental apropriado, observando-se todos os requisitos técnicos e cuidando-e, de modo especial, das suturas, que devem ser feitas com agulhas e fios adequados, a fim de evitar o esgarçamento dos tecidos. Os pacientes, 40 dias após a intervenção, são sub-

Um **NOVO** e Superior

# **A**ntibiótico de Ampla Espectro **Acromicina\***

TETRACICLINA **Lederle**

**Absorção Mais Rápida • Reações Secundárias Ínfimas  
• Maior Estabilidade**

ACROMICINA, um novo antibiótico de amplo espectro descoberto pela equipe de pesquisadores de Lederle, demonstrou maior eficácia em experiências clínicas e as vantagens de mais rápida absorção, mais pronta difusão nos líquidos orgânicos, além de um aumento de estabilidade que resulta em concentrações sanguíneas mais altas e prolongadas.



CAPSULAS: 250 mg, 100 mg, e 50 mg

ENDOVENOSA: 500 mg, 250 mg, e 100 mg

Pó DISPONÍVEL: 50 mg por colher das de chá (3 gramas)

*Outras formas farmacêuticas serão apresentadas tão pronto o permitirem as experiências que se não fazendo com o produto.*

## **LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

*Cynamid Inter-American Corporation*

49 West 49th Street, New York 20, N. Y., E. U. A.

ÚNICA REPRESENTANTE NO BRASIL:

**BARROSO-WALTER S. A. Indústria e Comércio**

Rio de Janeiro (C. Postal 1039) — São Paulo (C. Postal 1750)

Porto Alegre (C. Postal 1650) — Recife (Rua do Hospício, 71)

Salvador (Av. 7 de Setembro, 142-1º)

• Marca Registrada

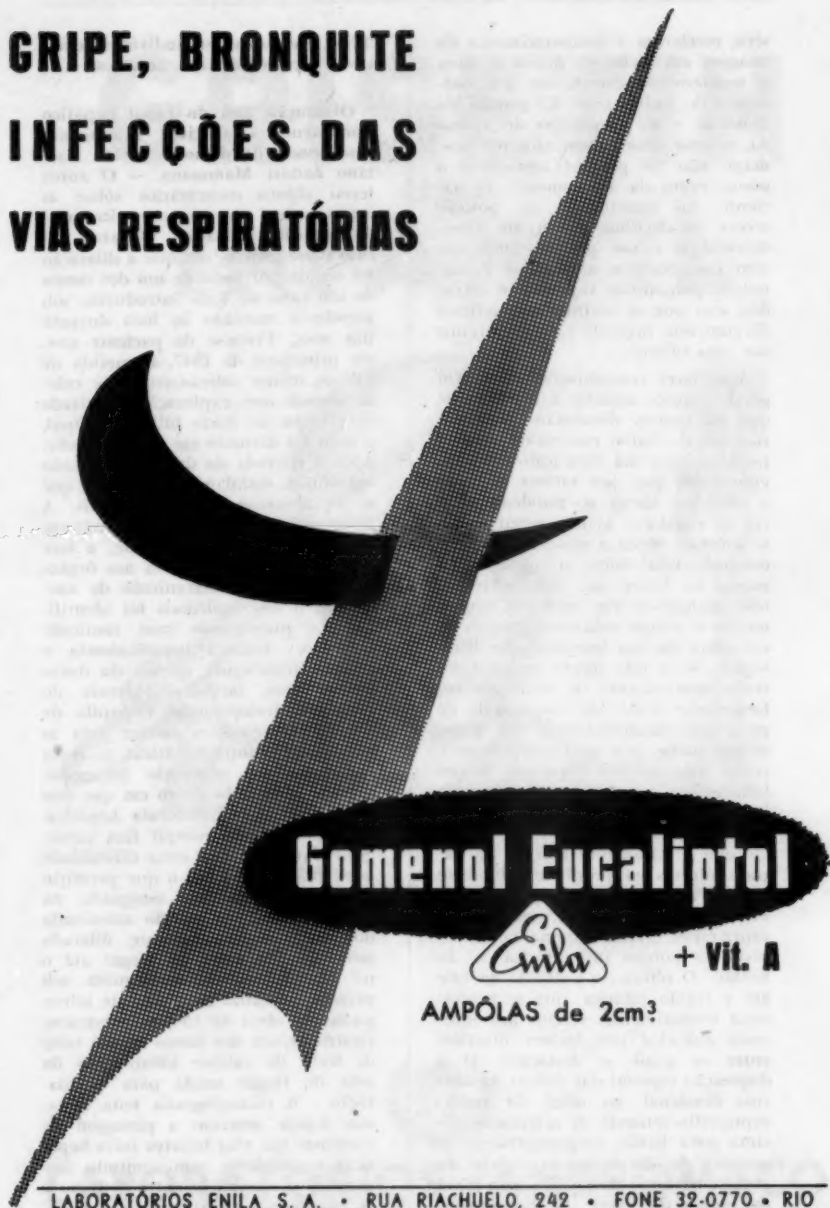
metidos a exames radiológicos em que o radiologista, após administrar o contraste, comprime as vísceras abdominais por meio de compressores adequados, manobras palpatórias repetidas, examinando e radiografando o paciente em posições diversas (ortostática, em decúbito e Trendelenburg). Apesar dessas condições forçadas, a prova do fluxo foi sempre negativa.

A colecistoduodenostomia túbulo-papilar foi, no período de 1935-1953, praticada pelo autor em 19 casos de obstrução do colédoco, dos quais 13 eram devidos a carcinoma da cabeça do pâncreas; um corria por conta de cistos múltiplos do pâncreas; em 4 era devida a pancreatite crônica e em um a discinesia do esfíncter de Oddi. Na maioria dos pacientes que procuraram o autor ou lhe foram encaminhados por colegas (de um modo especial os portadores de lesões malignas avançadas, em estado de miséria orgânica extrema, com sério comprometimento da célula hepática), a intervenção foi praticada por insistência dos familiares ou como último recurso, a fim de aliviá-los do intenso prurido que os afligia. Dos 13 com carcinoma da cabeça do pâncreas, 5 faleceram no hospital, em espaço de tempo variável, o que equivale à percentagem de 38,5%. A média de sobrevida dos restantes foi de 11 meses. A doente com cistos múltiplos do pâncreas viveu ainda 2 anos após a intervenção. Na pancreatite crônica a morbilidade operatória foi nula e a intervenção influiu benéficamente sobre o estado geral dos doentes e sobre o processo inflamatório da glândula. Num caso de concomitante úlcera duodenal que datava de 8 anos, a colecistoduodenostomia túbulo-papilar proporcionou a cura clínica e radiológica da úlcera em espaço de tempo relativamente curto. Dos portadores de pancreatite, o primeiro, operado em 1936, foi para o exterior e dele não tivemos mais notícias; os operados em 1947, 1949 e 1953 nada apresentaram de anormal até hoje. Quanto ao com discinesia do esfíncter de Oddi, operado recentemente, melhorou, considerando-se curado. Entre esses casos, o autor não incluiu o da pa-

ciente em que foi praticada a colecistoduodenostomia tubular em 1933, e que, como foi dito acima, se acha completamente curada.

**Úlcera do duodeno penetrante na cabeça do pâncreas em doente com icterícia mecânica curado clínica e radiologicamente pela colecistoduodenostomia túbulo-papilar.** — Dr. Caetano Zamitti Mammanna. — O autor relatou um caso de úlcera do duodeno penetrante na cabeça do pâncreas em doente com icterícia mecânica, curado clínica e radiologicamente pela colecistoduodenostomia túbulo-papilar. Trata-se de J. C. R., branco, brasileiro, casado, com 54 anos. Numa série de radiografias do estômago e duodeno, feitas em 15-5-1946, verificou-se um pequeno nicho de úlcera do bulbo duodenal. Em 21-6-1953, após ter sido acometido de dor violenta localizada na região umbilical, acompanhada de descargas diarreicas pretas, apresentou-se icterício. Nova série de radiografias, feitas em 17-7-1953, mostraram um bulbo duodenal deformado, com recessos ectáticos formando divertículas para-ulcerosos, com nicho típico de úlcera crônica na curvatura bulbar. Na intervenção cirúrgica praticada pelo autor em fins de julho foi encontrada uma úlcera duodenal penetrante na cabeça do pâncreas. A colangiografia operatória, feita através da vesícula, revelou parada do contraste ao nível da cabeça do pâncreas, a qual, por sua vez, se apresentava endurecida à palpação. Foi feita uma colecistoduodenostomia túbulo-papilar, situando-se a papila no bordo superior do duodeno, nas proximidades do píloro, num ponto em que a bile passou a escoar-se sobre a úlcera. No dia seguinte à intervenção desapareceram os arrotos, dores, azia e demais sintomas gastroduodenais que o atormentavam desde 1945. Em 11-9-1953, isto é, 41 dias depois da intervenção, o doente foi encaminhado para exame radiológico, no sentido de se verificar, não somente a evolução do processo ulceroso do bulbo duodenal, como também as condições da anastomose efetuada entre o bulbo e as vias biliares. As radiografias em

# **GRIPE, BRONQUITE INFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS**



**Gomenol Eucaliptol**



**+ Vit. A**

**AMPÓLAS de 2cm<sup>3</sup>**

**LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO**

série revelaram o desaparecimento da imagem em nicho da úlcera e, dada a regularidade encontrada nos contornos do bulbo e da 2ª porção do duodeno e na disposição do relêvo da mucosa desses segmentos do duodeno, não foi possível destacar-se o ponto exato da anastomose. O paciente foi examinado na posição erecta, em decúbito dorsal, em Trendelenburg, e nas posições oblíquas, com compressores adequados e manobras palpatórias repetidas e forçadas, sem que se verificasse o refluxo de contraste ingerido para o interior das vias biliares.

Após tecer considerações de ordem geral, o autor admitiu a hipótese de que as úlceras duodenais justapilóricas ou do bulbo encontram terreno propício para sua formação nos indivíduos em que, por fatores diversos, a bile que chega ao duodeno através do colédoco: a) não reflui e não se difunde sobre a mucosa da zona, compreendida entre o piloro e a papila de Vater, ou, quando reflui, não permanece em contacto com a mesma o tempo suficiente para exercer sobre ela sua benéfica ação fisiológica; b) a bile agiria nesses casos como neutralizante do suco gástrico fortemente ácido, ou em virtude de processos transformadores do meio, determinados por seus componentes, como sais biliares, mucina, ácidos biliares, etc.; c) a ação protetora da bile sobre a mucosa duodenal é patente se levarmos em conta o fato de que praticamente não se encontram úlceras na porção do duodeno situada abaixo da desembocadura do colédoco, mas são frequentes na zona supra-esfincteriana, especialmente ao nível da porção justapilórica e do bulbo. O refluxo e a difusão da bile até a região pilórica, que se processaria normalmente, seriam nos ulcerosos obstados por fatores diversos, entre os quais se destacam: 1) a disposição especial das dobras da mucosa duodenal ao nível da região supra-esfincteriana; 2) orientação de cima para baixo, tangencialmente às paredes do duodeno, do trajeto da porção terminal do colédoco ao nível da papila de Vater; 3) hipermotilidade duodenal; 4) hipermotilidade duodenal associada à hipercinesia

biliar, frequente nos indivíduos emotivos e extremamente nervosos.

**Obstrução alta do canal hepático por estenose cicatricial. Tratamento com sonda de demora.** — Dr. Caetano Zamiti Mammana. — O autor teceu alguns comentários sobre as intervenções na estenose cicatricial alta do canal hepático. Relatou um caso desse gênero, em que a dilatação foi obtida por meio de um dos ramos de um tubo de Kehr introduzido sob pressão e mantido in loco durante um ano. Trata-se de paciente que, em princípios de 1947, acometida de cólicas, sofreu colecistectomia e coledocotomia com exploração e retirada de cálculos do ducto biliar principal, o qual foi drenado em tubo de Kehr. Após a retirada do dreno, seu estado agravou-se, instalando-se icterícia, que se foi acentuando cada vez mais. A intervenção cirúrgica foi praticada em 9-8-1947. Aberto o abdome, a face inferior do fígado aderiu aos órgãos vizinhos. Neste emaranhado de aderências o duto colédoco foi identificado e puncionado com resultado negativo. Feita a hepaticotomia, o catéter introduzido na luz do ducto passou com facilidade através do colédoco, franqueando a papila de Vater. Dirigindo o catéter para as vias biliares intra-hepáticas, o autor encontrou um obstáculo intransponível a 35 mm do ponto em que esse ducto emerge da glândula hepática. Com uma sonda uretral fina conseguiu franquear com certa dificuldade a estenose cicatricial, o que permitiu a drenagem da bile estagnada na árvore biliar. A porção estenosada do ducto foi lentamente dilatada por meio de velas de Hegar até o n.º 12. Introduziu em seguida, sob pressão, no canal hepático, até sobrepassar de cerca de 15 mm a estenose cicatricial, um dos ramos de um tubo de Kehr de calibre idêntico ao da vela de Hegar usada para a dilatação. A colangiografia feita semanas depois mostrou a passagem de contraste nas vias biliares intra-hepáticas e duodeno, sem contudo impregnar o interstício entre o dreno e as paredes do canal hepático. A extremidade externa do dreno foi ligada, sem que a paciente acusasse algo



GRISSETIN INFANTIL

# GRISSETIN

USO

## INFANTIL



LABORATORIOS ANDRÓMACO

# GRISSETIN<sup>uso</sup> INFANTIL

## ESTIMULANTE DO APETITE E DO CRESCIMENTO

Estudos recentes demonstraram que a **vitamina B<sub>12</sub>**, a mais poderosa substância antianêmica conhecida, é também um ótimo fator de crescimento e estimulante do apetite. Sua administração oral a crianças provoca

**"aumento de vigor físico, de atividade e melhor comportamento geral, mas acima de tudo um acentuado aumento de apetite."** (Wetzel, N. C. e colaboradores — *Science* 110:651, 1949).

Escolares tiveram seu interesse e atenção aumentados, enquanto diminuía a tensão e fadiga.

**"A vitamina B<sub>12</sub> tem um efeito estimulador do crescimento quando fornecida como suplemento a crianças com crescimento deficiente"**. (Wetzel, N. C. e colaboradores — *J. Clin. Nutrition* 1:17, 1952).

GRISSETIN uso INFANTIL associa a vitamina B<sub>12</sub> à reconhecidamente oréxica **vitamina B<sub>1</sub>**, fornecendo esses dois fatores essenciais ao bom apetite dos pacientes infantis, em doses elevadas, em um líquido não alcóolico, de sabor e aroma deliciosos.

### APRESENTAÇÃO

Frascos com 50 cm<sup>3</sup>

### FÓRMULA

Cada colher das de café (5 cm<sup>3</sup>) contém:

Vitamina B<sub>12</sub> . . . . . 25 microgramas  
Vitamina B<sub>1</sub> . . . . . 10 mg

### INDICAÇÕES

Indicado em pediatria como: estimulante do apetite e do crescimento; coadjuvante no tratamento de moléstias crônicas e da nutrição; suplemento nutricional na diarreia crônica. Tônico de escolha nas convalescenças.

### DOSE

Uma colher das de café (5 cm<sup>3</sup>) duas vezes ao dia ou conforme indicação médica.



## LABORATORIOS ANDRÔMACO

Rua Independência, 715 — São Paulo

de anormal. Com o passar dos tempos, a pressão constante exercida pelo tubo de borracha sobre as paredes do ducto ao nível da estenose cicatricial deu lugar a um processo de espoliação dos tecidos de sua luz, tornando-a mais ampla. Um ano depois nova colangiografia mostrou que o calibre do ducto era maior que o da sonda. O autor projetou os diapositivos das colangiografias pós-operatórias feitas em série, mostrando, além da ampla dilatação alcançada pelo canal hepático ao nível da estenose, a passagem de contraste entre a sonda e as paredes do ducto. Na nova intervenção para retirada do dreno, praticada em 16-8-1948, verificou-se que o ramo longo do tubo de Kehr, que permanecera durante um ano em contacto com o estômago, corroera as camadas serosa e muscular dessa víscera, cavando uma verdadeira goteira em suas paredes. O fundo da goteira, constituído pela mucosa gástrica, rompeu-se no momento em que, com a válvula, se procedia ao afastamento do estômago. A brecha, com cerca de 4 cm de comprimento, foi suturada em dois planos. Retirado o tubo de Kehr, o autor introduziu em seu lugar uma sonda de Nelaton de calibre menor, cuja extremidade ficou situada na luz do ducto hepático. Depósitos de concreções biliares recobriam as paredes externas do ramo transversal do tubo de Kehr, cuja luz estava completamente obstruída por depósitos da mesma substância. Esse fato confirmou a interpretação dada às imagens da colangiografia, de que a bile pro-

veniente do fígado passava para o duodeno, escorrendo entre o dreno e as paredes do ducto. Em meados de 1953 a paciente apresentou surtos intermitentes de icterícia e seu estado agravou-se consideravelmente, complicado com ascite. Dada a recidiva da estenose cicatricial, o autor tentou, em setembro de 1953, fazer uma hepático-jejunosomia túbulo-valvular, mas as condições precárias da paciente não permitiram que se realizasse este tipo de intervenção. Em princípios de novembro fez uma hepatostomia externa direta, nas normas preconizadas por Finocchietto, e que consistiu na fixação da face superior do lobo direito hepático diretamente à ferida operatória, extirpando-se em seguida uma cunha de parênquima, a fim de se abrir os canais biliares dilatados. A hemorragia proveniente de um grosso vaso foi estancada por meio de um ponto em X, englobando uma pequena porção de gordura da parede. O exame anátomo-patológico dos preparados de fígado (Dr. W. Maffei) revelou parênquima hepático retalhado por feixes conjuntivos nos quais havia infiltrado linfocitário e, entre as traves hepáticas, numerosos trombos biliares, enquanto que as células hepáticas se apresentavam degeneradas; o diagnóstico foi hepatite crônica. A brecha da hepatostomia, apesar de ter sido feita profundamente em pleno tecido hepático, não deu saída a bile, fato explicado pela trombose dos canais biliares. O estado geral da paciente tem-se agravado cada vez mais.

### Sessão em 10 de dezembro de 1953

Presidente: DR. PAULO DE CASTRO CORREIA

**Coledocoduodenostomia papilar** (*técnica pessoal*). Dr. Caetano Zambetti Mammana. — O autor descreveu uma técnica pessoal de anastomose entre o colédoco e o duodeno, que denominou de coledocoduodenostomia papilar. Feita a laparotomia mediana e identificado o colédoco, é o mesmo dissecado em sua porção retroduodenal numa extensão de 15 mm. Depois de ligado em sua

porção mais baixa, o ducto é pinçado mais acima com uma pinça de Kocher e seccionado entre esta e a ligadura. Com uma tesoura secciona numa extensão de 10 mm a face anterior da extremidade terminal do colédoco. O retalho livre é dobrado para fora ao redor do ducto biliar, formando um manguito que é fixado às paredes externas do colédoco por meio de 3 pontos. Incisa em se-

guida longitudinalmente a serosa duodenal numa extensão de 10 mm e, com uma pinça fina, dissocia as fibras musculares circulares e longitudinais. Na mucosa, que se prolapsa nessa abertura, faz uma pequena botoeira através da qual a papila neoformada na porção terminal do colédoco é introduzida na luz do duodeno. Com pontos separados (Catgut 00) sutura circularmente a mucosa duodenal ao rebordo livre do colédoco, que sobre o mesmo está dobrado para fora. Num segundo plano de sutura (pontos separados bem próximos um do outro) com fio inabsorvível fixa a serosa duodenal às paredes externas do colédoco. Termina a operação com uma epiploonplastia ao redor da boca anastomótica. Na colangiite com infecção grave das vias biliares, em que o estado das paredes do ducto pode comprometer a cicatrização ao nível da sutura da boca anastomótica, aconselha que se faça encomittantemente ou como primeiro tempo a drenagem externa das vias biliares principais com uma sonda de Nelaton. O autor passou em seguida em revista as indicações da operação, que compreendem tôdas as estenoses irremovíveis do colédoco situadas abaixo da porção retroduodenal, especialmente nos casos em que a vesícula está ausente ou em que suas relações anatômicas, estado de suas paredes, etc., não permitem aproveitá-la para uma anastomose com uma das porções do aparelho digestivo. O autor fez algumas considerações sobre os inconvenientes apresentados pelos processos preconizados para a retirada de cálculos (coledocotomia) e descolamento duodeno-pancreático pela manobra de Kocher-Vautrin, especialmente este, que requer por parte do cirurgião grande prática e conhecimento e que é, as mais das vezes, seguido de grave choque operatório. Quando se aborda o colédoco por via transpancreática, as incisões sobre a glândula, quase sempre prolongadas em diversos sentidos, acarretam geralmente lesões graves de seu parênquima, acompanhadas de hemorragia de intensidade diversa. São freqüente, nesses casos, as lesões de canaisculos pancreáticos ou do próprio canal

de Wirsung de situação anômala, seguidas de peritonite química ocasionada pela passagem de suco pancreático para a cavidade peritoneal. O autor referiu a opinião de Thorek sobre os perigos de se lesar a veia cava inferior e especialmente da fistulização do canal colédoco que, na porção pancreática, não é revestido de peritônio. Falou sobre os freqüentes estreitamentos e estenoses cicatriciais que ocorrem ao nível da abertura da coledocotomia. Tratou, em seguida, dos inconvenientes das coledocoduodenostomias lateroterminal e lateroteral. Estudou as coledocoduodenostomias internas ou transduodenais, mostrando seus perigos: contaminação do peritônio; lesões do parênquima pancreático; lesões dos ductos pancreáticos; refluxo de material digestivo para o interior das vias biliares principais; estreitamentos e estenoses tardias; fistulas duodenais, etc.

Estudando as diversas intervenções sobre a papila de Vater (ampulotomia, esfínterectomia, etc.), o autor mostrou alguns inconvenientes apresentados por esses tipos de intervenções. De outro lado, chamou a atenção para sua técnica que, em seu *modus faciendi*, não acarreta complicações para o lado dos órgãos vizinhos e presta ótimos serviços. A intervenção é em geral feita em campo operatório controlado pela vista e o cirurgião não encontra grandes dificuldades em afastar os perigos de lesar vasos (artérias e veias cística, hepática, gastroduodenal) que, porventura em disposição anômala, cruzam a face anterior do colédoco. Não requerendo manobras intra-abdominais traumatizantes, esse tipo de intervenção afasta o choque operatório e pode ser realizado em pacientes ictericos em estado grave. A disposição papilar dada à porção terminal do colédoco, saliente na luz duodenal, permite que funcione como válvula, evitando a refluxo de material digestivo para o interior das vias biliares. O retalho livre do colédoco dobrado para fora ao redor do ducto faz com que o orifício dêste, ao nível de sua embocadura na luz duodenal, se apresente de paredes integras, onde não há possibilidades

# PENICILINA G RHODIA

Penicilina G Sódica

Grande atividade bacteriostática

Termostável em estado sêco

Titulação rigorosa

PRODUTO 100% NACIONAL  
DA  
FÁBRICA DE ANTIBIÓTICOS RHODIA

Frascos de 100.000, 200.000, 500.000 e 1.000.000 de unidades



*A marca de confiança*

## RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

de se processar uma estenose cicatricial. Sendo reduzido o número de fibras musculares (circulares e longitudinais) do duodeno seccionadas no ato operatório, os movimentos peristálticos dessa viscera continuam a se processar normalmente, determinando o acolamento das paredes do colédoco ao nível de sua implantação, fechando-lhe a luz. O autor relatou em seguida 4 observações de doentes operados por esse processo. A exposição foi acompanhada da projeção de diversos diapositivos reproduzindo os diferentes tempos operatórios, e de radiografias.

**Anastomoses bilio-jejunais pelo processo túbulo-valvular com exclusão da alça em Y e jejuno-jejunostomia anisoperistáltica (técnica pessoal).** Dr. Caetano Zamitti Mammana. — O autor, após ligeiro apanhado dos diversos métodos cirúrgicos empregados nas anastomoses bilio-digestivas, fez um estudo crítico dos mais em voga. Os processos clássicos à Brentano e à Monprofit, que tinham sido banidos da cirurgia, foram ultimamente atualizados por alguns autores que, para evitar o refluxo, dão à alça aferente um comprimento maior. Na técnica de Perl com invaginação valvular cônica, a anastomose bilio-digestiva é feita dando-se à alça excluída 44 cm de comprimento. Outros preconizam o estreitamento de uma pequena extensão da luz jejunal pela plicatura de suas paredes. Para evitar a estenose cicatricial Nboer aconselha a introdução de um mançhão mucoso jejunal no orifício biliar em que a alça é anastomosada. O autor passou em seguida a descrever os diferentes tempos de seu método de bilio-jejunostomia pelo processo túbulo-valvular com exclusão da alça em Y e jejuno-jejunostomia anisoperistáltica laterolateral: 1) secciona entre duas pinças a alça do jejuno a 10 ou 30 cm distante do ângulo duodeno-jejunal; 2) fecha com sutura em dois planos a extremidade terminal do ramo aferente; 3) a 2 cm da extremidade terminal do ramo aferente faz uma incisão de 7 a 10 cm ao longo do bordo livre do jejuno, interessando a serosa e as fibras musculares cir-

culares, respeitando a mucosa; 4) faz uma sutura contínua sero-serosa de sepultamento, aproximando as paredes jejunais ao longo da incisão, de modo a restringir a luz dessa porção de intestino; 5) um segundo plano de sutura sero-serosa transforma a alça jejunal num túbulo; 6) jejuno-jejunostomia laterolateral ampla com alças dispostas em direção antiperistáltica; a extremidade superior da boca anastomótica deve estar situada a 5 cm da porção terminal da alça aferente, a qual, por sua vez, assumindo a forma de um fundo de saco, torna mais lento o peristaltismo intestinal nessa região, que já é retardado ao nível das anastomoses laterolaterais; 7) a pinça que fecha a extremidade do ramo aferente do jejuno é retirada e o côto numa extensão de 5 mm é invaginando em forma de válvula; 8) as paredes da via biliar (vesícula, hepático ou colédoco) são saturadas à serosa do jejuno a distância de sua mucosa; essa sutura deve ser feita em dois planos com fio inabsorvível (algodão, seda ou linho) montado em agulha curva, atraumática, fina e longa. Como complemento do ato cirúrgico, o autor aconselha, além da epiploonplastia ao redor da boca anastomótica, a fixação da alça anastomosada aos tecidos fibrosos anteriores do hilo do fígado, ao peritônio do pedículo hepático, à serosa duodenal e ao peritônio parietal posterior.

Como variante dessa técnica, o autor enumerou a colecisto, a hepático e a colédoco-jejunostomia pré e retro-cólicas. A exposição da técnica foi acompanhada de projeção de grande número de diapositivos. Relatou a observação de um doente da 1.ª Cirurgia de Homens da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Serviço do Prof. Zeferino do Amaral), em que praticou uma hepático-jejunostomia desse tipo, sendo a anastomose do ducto hepático feita junto à confluência dos canais biliares intra-hepáticos direito e esquerdo. Tratava-se de um caso de icterícia mecânica que datava de 48 dias, devida a laqueadura do hepático por gastrectomia; o doente foi operado em 14-8-1953; o ato operatório, apesar de longo em vista do grande número





## **Hormônios sexuais puros**

cristalizados e exatamente dosados

### **Testoviron** (hormônio testicular) **na insuficiência hormonal masculina:**

Esgotamento físico e mental  
Hipogonitalismo e eunucoidismo  
Transtornos da circulação periférica  
Dermatoses e artropatias endócrinas  
Prostatismo  
Hipertireoidismo e diabetes senil  
Afecções ginecológicas por hiperfoliculinemia

### **Progynon** (hormônio folicular) **na insuficiência folicular ovariana:**

Distúrbios da menstruação  
Afecções vaginais  
Esterilidade e frigidez sexual  
Transtornos do climactério  
Dermatoses e artrites endócrinas  
Transtornos circulatórios periféricos  
Úlcera gástrica e duodenal  
Hipertireoidismo e diabetes senil

### **Proluton** (hormônio luteínico) **na insuficiência luteínica:**

Aborto habitual e iminente  
Hemorragias uterinas  
Dismenorréia e tensão pré-menstrual  
Toxicoses da gravidez

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA

**SCHERING S/A**

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO PORTO ALEGRE RECIFE BELO HORIZONTE

de aderências, correu sem acidentes; a colangiografia operatória revelou bloqueio do ducto hepático no ponto de confluência dos canais direito e esquerdo, ponto em que foi anastomosado ao jejuno; dias depois sobreveio uma fístula biliar, que fechou espontaneamente no fim de uma semana; nesse interim o paciente foi submetido a exame radiológico para verificar se havia refluxo de material digestivo para o interior das vias biliares e examinado em posições oblíqua, de decúbito e em Trendelenburg com compressores adequados, manobras palpatórias forçadas, foi verificado perfeito funcionamento das bocas anastomóticas gastro-entérica e éntero-entérica, sem contudo observar-se refluxo do contraste para a alça eferente anastomosada, bem como para as vias biliares.

Entre outras vantagens do método, o autor relatou as seguintes: 1) a alça eferente em forma de túbulo é excluída do trânsito intestinal, por sua disposição em relação ao mesmo e pela ausência de movimentos peristálticos (secção das fibras musculares); 2) a sutura sero-serosa em dois planos torna virtual a luz da alça, afastando ao mesmo tempo uma da outra as superfícies de secção das fibras musculares circulares, evitando sua regeneração; 3) a anastomose direta das paredes do ducto biliar dilatado com a serosa jejunal a 5 mm do bordo livre da porção invaginada oferece melhores condições de cicatrização e mantém ampla a luz desse ducto, sem perigo de estenose tardia; 4) o comprimento do túbulo jejunal, as plicaturas da mucosa e a inextensibilidade de suas paredes conseqüente à resistência oposta pela cicatriz ao nível da sutura sero-serosa, são fatores que dificultam o refluxo de material digestivo para o interior das vias biliares; 5) a jejunó-jejunosomia laterolateral permite a feitura de uma boca anastomótica de amplitude variável, com secção transversal das fibras musculares circulares do intestino. Sua disposição anisoperistáltica e a presença de um fundo de saco na parte terminal da alça aferente, fundo de saco esse suturado ao longo da parede da porção inferior do túbulo jejunal,

assume grande importância na solução do problema do refluxo de material digestivo para o interior das vias biliares. Nessas condições, as ondas peristálticas que se originam na alça aferente cessam ao nível da boca anastomótica; o material digestivo escoa-se em grande parte para a alça eferente, enquanto o restante, que progrediu para o fundo de saco, reflui por ação da gravidade em direção à boca anastomótica ao longo do esporão superior, que marca a linha divisória entre as alças anastomosadas. As ondas peristálticas que se despertam na alça eferente, abaixo da boca anastomótica, cessam ao nível desta e não podem progredir em direção à anastomose bilio-digestiva porque, como tivemos oportunidade de ver, as fibras musculares circulares foram sectionadas transversalmente, não só ao nível da boca anastomótica, mas em toda a extensão do túbulo.

**Cirurgia da litíase das vias biliares principais (instrumentos novos).** — Dr. Caetano Zamitti Mammana. — O autor passou em revista os diversos processos e instrumentos usados para a extração de cálculos das vias biliares principais. Para facilitar manobras de difícil execução apresentou instrumental cirúrgico especializado de sua autoria. O *catéter explorador* que traz seu nome é maleável, possui numa das extremidades uma calota de forma olivar, côncava, semelhante a uma pequena cureta de bordos arredondados e presta-se para sondagem das vias biliares, para avaliar o grau de permeabilidade do esfíncter de Oddi e para desalojar pequenos cálculos encravados nessa região. As *curetas desmontáveis para extração de cálculos*, de sua autoria e que emprega em sua clínica desde 1946, são constituídas de duas peças: a cureta propriamente dita e um cabo. As curetas com haste de metal maleável medem 13 cm de comprimento e terminam com uma rosca na outra extremidade. Algumas são fabricadas com colheres semelhantes aos modelos da Clínica Mayo; outras são feitas de dimensões e conformação diversas, podendo ser utilizadas de acordo com a dilatação do

# BEGLUCIL

## VITAMINA B1 - GLICOSE - VITAMINA C

Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>

Fórmula e processo de fabricação patenteados sob n.º 29.269

### NORMAL

Cada 10 cm<sup>3</sup> contem:

Vitamina B1 ..... 0,005 g: 1.650 U.I.  
Vitamina C ..... 0,05 g: 1.000 U.I.  
Cloridrato de cisteína 0,01 g  
Glicose a 50%

### FORTE

Cada 10 cm<sup>3</sup> contem:

Vitamina B1 ..... 0,0125 g: 4.125 U.I.  
Vitamina C ..... 0,25 g: 5.000 U.I.  
Cloridrato de cisteína 0,01 g  
Glicose a 50%

25%

Cada 10 cm<sup>3</sup> contem:

Vitamina B1 ..... 0,0125 g: 4.125 U.I.  
Vitamina C ..... 0,25 g: 5.000 U.I.  
Cloridrato de cisteína ..... 0,01 g  
Glicose a 25%

Feliz associação das Vitaminas B1 e C ao soluto de glicose a 50% e 25%. Solutos estabilizados por processo científico, que mantem todas as propriedades das vitaminas, sem perigo de intolerância ou choque. pH fixo. Conservação indefinida.

**INDICAÇÕES** — Úlcera gastro-duodenal. Polinevrites. Dores anginosas. Herpes. Doenças infecciosas. Afecções pulmonares. Perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono e das gorduras e suas consequências. Gripe. Pneumonia.

**MODO DE USAR** — 1 injeção diária, intravenosa.

**APRESENTAÇÃO** — Caixa com { 5 ampolas de 10 cm<sup>3</sup>  
5 ampolas de 20 cm<sup>3</sup>

Hospitalares com 25 e 50 ampolas



LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 954 — Rua Tamandaré, 553 — SÃO PAULO — BRASIL

Representantes nos demais Estados.

Depósitos . . . {  
Rio de Janeiro  
Porto Alegre  
Belo Horizonte  
Curitiba  
Uberlândia

Consultores científicos:

Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO  
Prof. Dr. GENÉSIO PACHECO

ducto biliar e o volume do cálculo a ser extraído. Os cabos metálicos de dois tamanhos (5 e 11 cm) são munidos numa de suas extremidades de porcas, por meio das quais são parafusados às roscas das curetas. A maleabilidade de sua haste permite dar-lhes a curvatura de acôrdo com a disposição anatômica do ducto biliar e, se seu comprimento não é suficiente para alcançar o cálculo, pode ser aumentado de 5 a 11 cm, bastando para isso parafusar em sua rosca um dos cabos metálicos. O uso desse instrumental evita traumatismos ao nível da abertura cirúrgica do ducto biliar, especialmente quando a intervenção é praticada em paciente gordo, do tipo brevilíneo. *Sonda-piça para extração de cálculos Zamitti Mammana:* Após estudar as dificuldades que encontra o cirurgião quando tenta retirar um cálculo encravado nas vias biliares principais, o autor passou a descrever a sonda-piça por ele imaginada. Trata-se de um instrumento fabricado em diversas comprimentos e com os ramos da pinça de vários tamanhos, o que permite também seu uso na cirurgia das vias urinárias para a extração de cálculos renais, ureterais, etc. Numa de suas extremidades é munido de duas alças de fio de aço flexível em forma de ramos de pinça, destinadas à apreensão do cálculo, e que são manobradas por meio de um botão situado na outra extremidade. O mecanismo comandado pelo botão e que movimenta os ramos da pinça para a frente e para trás acha-se envolto por uma sonda de borracha. O aparelho apresenta-se com os ramos das alças da pinça curtos e bem próximos um do outro. Fazendo-se pressão sobre o botão, as duas alças-pinças são projetadas para frente, tornando-se mais longas e, dada a flexibilidade e disposição arredondada, ligeiramente encurvada para fora de suas extremidades terminais, uma vez em contacto com o cálculo, afastam-se uma da outra, deslizam e sobrepõem as paredes deste, alojando-o na parte média de seus ramos, mas ampla e de forma fenestrada. Soltando-se o botão, as alças-pinças voltam automaticamente para sua posição primi-

tiva, e seus ramos, tornando-se mais curtos, aproximam-se um do outro, mantendo o cálculo encarcerado sob pressão. Entre outras vantagens que o autor atribui a esse instrumento destacam-se: a) dada sua consistência maleável e conformação cilíndrica, acompanha as curvaturas dos ductos biliares; b) o mecanismo que aciona os ramos da pinça trabalhando na luz da sonda, afasta os perigos de lesões das paredes do ducto ao nível da abertura cirúrgica; c) fabricada de tamanhos diferentes, permite o uso do modelo adequado às dimensões do cálculo; d) as alças da sonda-piça só se afastam uma da outra quando encontram a resistência oposta pelo cálculo, e deslizam de raspão de um lado e de outro de suas paredes externas, no interstício que o separa das paredes do ducto biliar, as quais são desse modo preservadas de possíveis lesões. O autor tratou em seguida da *drenagem das vias biliares principais*, aconselhando o uso de duas sondas de Nelaton, uma introduzida no canal hepático e a outra no colédoco. Nos casos indicados, esta pode franquear o esfíncter de Oddi. Recolhe numa garrafa esterilizada a bile que se escoar pela sonda hepática, filtra-a e depois de misturá-la com 100 ml de éter sulfúrico, agita-a durante 10 minutos. Retira, em seguida, por decantação, o excesso de éter e mergulha a garrafa numa vasilha com água quente. A bile morna é injetada pela sonda coledociana. Essa manobra é feita com uma seringa de 100 ml colocada verticalmente com o êmbolo para cima e num nível 20 cm mais elevado que o corpo do paciente, de modo a permitir que a bile se escoar por ação da gravidade, auxiliada em parte pelo peso do êmbolo da seringa sobre a coluna líquida. A operação é repetida de 12 em 12 horas.

**Invaginação intestinal.** — Drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto e Roberto de Vilhena Moraes. — Os autores apresentam uma série de 24 casos de invaginação intestinal, observados de janeiro de 1951 a dezembro de 1953, todos com menos de um ano de idade. Desfilam os prin-

cipais fatores citados como possíveis agentes etiológicos, concluindo que não há nenhum que explique todos os casos de invaginação. Apresentam a classificação das invaginações, segundo os critérios anatômico, clínico e cirúrgico e discutem a fisiopatologia desta afecção, salientando a importância do comprometimento vascular para o prognóstico. Quanto aos sinais e sintomas, apresentam os encontrados em seus casos (dor abdominal aguda, vômito, tumoração palpável no abdome e eliminação de fezes muco-sangüinolentas), discutindo ainda o papel do enema baritado como meio diagnóstico. No capítulo do tratamento oferecem com mais detalhes as normas principais do tratamento cirúrgico, terminando por concluir que a redução pelo enema baritado só deve ser tentada nos casos iniciais, quando as condições dos pacientes forem boas e houver facilidades para tal, não implicando tais tentativas em perda de tempo; caso essas condições não sejam preenchidas, é preferível recorrer-se primariamente à intervenção cirúrgica.

**Esquistossomose peritoneal.** — Drs. \* Arrigo Raia, Paulo D. Branco, Octavio de Moraes Dantas e Angelino Manzione. — Os autores apresentam dois casos de esquistossomose peritoneal observada no decurso da intervenção cirúrgica abdominal. O primeiro caso é de uma paciente com megacólon, procedente de Pernambuco, na qual foi realizada retossigmoidectomia, e segundo de paciente procedente de Minas Gerais, no qual foi efetuada laparotomia exploradora. Em ambos foram encontrados pequenos nódulos esbranquiçados na superfície peritoneal do intestino, cujo exame histopatológico demonstrou tratar-se de granuloma esquistossomótico. Os autores chamam a atenção para este achado operatório, que é semelhante a certas formas de tuberculose miliar, carcinomatose e granuloma por corpo estranho (talco). O diagnóstico é feito através do exame histopatológico, levando-se em conta também a procedência do paciente.

**Vias de acesso à cadeia simpática lombar.** (*Estudo crítico*). — Drs. Palmiro Rocha, Octavio de Moraes Dantas e Nicolau de Moraes Barros Filho. — Os autores fizeram uma revisão bibliográfica do assunto e concluíram que ainda não se dispõe de um meio prático e seguro para a exata identificação dos gânglios da cadeia simpática lombar, dada a grande variabilidade anatômica da mesma cadeia, nessa região. Baseiam sua experiência numa série de 27 casos operados, num total de 39 operações (simpatectomia lombar); 25 pacientes do sexo masculino e 2 do feminino. A distribuição por idade variou de 19 a 69 anos, sendo a incidência máxima na 4.<sup>a</sup> década. Em 19 casos foi feito o diagnóstico de tromboangite obliterante e, em 8, o de arteriosclerose periférica. Utilizaram quatro vias de acesso, todas elas extraperitoneais: a posterior, de Smithwick, e as ântero-laterais, de Pearl, de Lérich e de Flothow.

O material foi estudado sob dois aspectos principais: 1) *anatômico*, onde puderam estabelecer, com precisão, a extensão da cadeia simpática lombar ressecada, para o que utilizaram clips de prata que foram deixados nos limites extremos de secção da cadeia e que ulteriormente puderam ser identificados por meio de radiografias; relacionaram a posição dos clips com os corpos vertebrais lombares, de modo que a extensão de cadeia ressecada era dada em termos de segmentos vertebrais lombares; 2) *fisiológico* — utilizaram a prova da sudorese (amido-iôdo) como teste capaz de demonstrar a área de anidrose do membro inferior, correspondente ao lado operado (estudo feito em 18 casos).

Do estudo feito chegaram às seguintes conclusões: 1) As variações anatômicas da cadeia simpática lombar são de tal ordem que não é fácil para o cirurgião determinar, no campo operatório, qual o nível exato em que a mesma está sendo cirurgicamente agredida. 2) Os métodos preconizados pelos diversos investigadores para a identificação dos gânglios da cadeia simpática lombar, na opinião dos autores, carecem de precisão e de simplicidade na sua

aplicação. 3) A identificação radiográfica dos clips de prata deixados nos limites extremos de secção da cadeia permitiu estabelecer com segurança a extensão de cadeia simpática ressecada, relacionada aos corpos vertebrais. 4) A prova da sudorese (amido-iôdo) é um meio auxiliar de valor para se determinar a extensão de membro denervado. 5) A uma simpatectomia lombar considerada adequada do ponto de vista anatômico, nem sempre corresponde uma área de denervação cutânea satisfatória, do ponto de vista fisiológico. 6) A via de acesso

extraperitoneal de Flothow, na experiência dos autores, foi a que melhores resultados proporcionou no sentido de ser ressecada a cadeia simpática lombar entre os limites da 2.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> vértebras lombares. 7) A via de acesso posterior, de Smithwick, é a mais indicada quando se tem a intenção deliberada de ressecar a cadeia simpática lombar ao nível da 1.<sup>a</sup> vértebra dessa mesma região. Entretanto, esta via de acesso é de mais difícil execução, mais trabalhosa e mais traumatizante para os tecidos que as demais vias consideradas neste estudo.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

Sessão em 4 de maio de 1954

Presidente: Prof. Dr. ARNALDO AMADO FERREIRA

**Comprovação experimental da reação Flaminio Fávero para o diagnóstico precoce da gravidez.** — Drs. Paulo de Albuquerque Prado e Dr. Arnaldo Amado Ferreira. Na ordem do dia, falou o dr. Paulo de Albuquerque Prado que, em seu nome e no do prof. Arnaldo Amado Ferreira, discorreu sobre "Comprovação Experimental da Reação Flaminio Fávero para o Diagnóstico Precoce da Gravidez", comunicando alguns casos realizados com controle da buforeação de Galli-Mainini.

Os autores fizeram comunicação parcial dos resultados que vêm obtendo sobre a reação Flaminio Fávero do iôdo (variante da de Riess e Reitinger), observações essas que constam da sua grande casuística. Afirmaram que a reação têm, entre outros, o prestígio de auxiliar poderosamente a prova de Galli-Mainini, segundo observações de amostras realizadas em cerca de 100 casos pelos autores, auxiliados pelo técnico Deocleciano Vieira, do

Laboratório da Penitenciária do Estado. A nova reação é mais precoce, pois já se observaram resultados positivos deste o 2.<sup>o</sup> dia de atraso menstrual, quando o Galli-Mainini vêm a se positivar somente após 15 ou 20 dias. Hoje, portanto, já é possível averiguar as causas de erro do Galli com esta reação e, principalmente, diagnosticar a gravidez em seu início.

Fizeram, por derradeiro, comunicações da nova técnica e das possíveis causas de erro.

O trabalho dos autores muito apreciado pelos presentes, foi objeto de comentários por parte dos Drs. Antonio Miguel Leão Bruno, Guilherme Arbenz e Manuel Pereira.

O prof. dr. Arnaldo Amado Ferreira usou também da palavra, esclarecendo certos pontos interessantes acerca da referida prova, salientando que, no intuito de obterem uma explicação rigorosa da reação, continuam, ainda, as pesquisas dos autores.



# BELPAR

Codeína (fosfato) . . . 0,02 g.  
Papaverina (cloridrato) . . . 0,02 g.  
Atropina (sulfato) . . . 0,0001 g.  
Excipiente q. s. p. um comprimido.

*comprimidos*

**agora uma nova forma  
complementar de**

**Belpar**  
*gotas*



**TOSSES  
E  
DORES  
ESPASMÓDICAS**

Codeína (fosfato) . . 0,02 g.  
Papaverina (cloridrato) 0,005 g.  
Atropina (sulfato) . . 0,0001 g.  
Excipiente q. s. p. . . 1 cm<sup>3</sup>

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO  
FILIAIS: R. MARQUES DE ITÚ, 202 - S. PAULO - RUA GUARANÍ, 135 - BELO HORIZONTE  
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE  
AGENCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

## Outras Sociedades

**Associação Paulista de Medicina,** Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Gildo Del Negro e J. Lopes de Faria — *Reação a paracoccidiodina em coelhos*; 2) Drs. Ricardo Veronesi e Vicente Amato Neto — *Trombocitopenia aguda no curso da varíola*. Estudo do quadro clínico e de laboratório.

—, Departamento de Neuro-Psiquiatria, sessão de 5 de maio de 1954, ordem do dia: Hibernação em neurologia: A) *Fisiopatologia, indicações e técnica* — Dr. Antônio Pereira de Almeida; B) *Aplicações e resultados*: 1) Em Neuro-cirurgia — Dr. Rolando Angelo Tenuto; 2) Em traumatismo crânicos (nota prévia) — Dr. Sylvio de Vergueiro Forjaz.

—, Departamento de Proctologia, sessão de 6 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Bases anatómicas de cirurgia do ânus — Dr. Eugenio Mauro; 2) Mesa redonda sobre — *Moléstia hemorroidária* — Drs. Adalberto Leite Ferraz, Plínio Brasil Filho, Raul Ribeiro da Silva e José Werneck Alencar Lima.

—, Departamento de Hematologia e Hemoterapia, sessão de 7 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Gastão Rosenfeld e Bella Jonsky — *Deficiência moderada do fator 7 em uma família*; 2) Drs. Oswaldo Melone e Oscar Yahn — *Doença hemolítica atingindo apenas um dos recém nascidos de parto gemelar*.

—, Departamento de Cirurgia, sessão de 10 de maio de 1954, ordem do dia: Simpósio sobre Resultados atuais da moderna cirurgia do coração. Relatores: 1) Dr. Euryclides de Jesus Zerbini — *Estenose e insuficiência mitral*; 2) Dr. Hugo Felipossi — *Estenose pulmonar*; 3) Dr. Ruy Margutti — *Coartação da aorta*; 4) Prof. Mario Degni — *Aneurisma da aorta*; 5) Dr. Arthur Domingues Pinto — *Canal arterial*.

—, Departamento de Pediatria, sessão de 12 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Ruy Faria — *Acidentes de transfusão na infância*; 2) Drs. Américo Cardoso dos Santos, Paulo Eiró Gonçalves e Oswaldo Riedel de Souza e Silva — *Laringe-Traqueites e Laringo-Traqueo-Bronquite agudas*; 3) Drs. Fernando Gayotto, Nuno de Paiva Braga e Oswaldo Riedel de Souza e Silva — *Dieta de fome e sede e de arroz na glomerulonefrite difusa aguda na infância*.

—, Departamento de Cancerologia, sessão de 13 de maio de 1954, ordem do dia: *Simpósio sobre o tema Nomenclatura clínica em câncer*. Relatores: Dr. Luiz Carlos de Oliveira Junior (Distrito Federal) e Dr. Plínio de Mattos Barreto (São Paulo).

—, Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 17 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Mauro Candido de Souza Dias e Marcos de Assis Figueiredo — *Paraganglioma Acromafínico do ouvido médio (tumor de glomus jugular)*; 2) Dr. Francisco Amendola (convitado) — *Estado atual da Otorrinolaringologia na lepra*.

—, Departamento de Patologia, sessão de 18 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Celeste Fava Neto — *Padronização de técnicas de laboratório*. Técnicas usadas no Departamento de Microbiologia da Faculdade de Medicina na sorologia da sífilis; 2) Drs. Durval Rosa Borges e Lidia de Santos — *Conservação de emulsão do antígeno de cardioplipina para a V.D.R.L.*

—, Departamento de Medicina, sessão de 20 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Bernardo Léo Wajchemberg — *Metabolismo dos hidratos de carbono na insuficiência cardíaca congestiva*; 2) Drs. Ademar M. Fiorillo e Gildo Del Negro — *Diagrama eletroforético na blastomiose sul-americana (nota prévia)*; 3) Drs. Luciano Decourt, Domingos Delascio, Antonio Gebara, Eugênio

Chiorboli, Mario C. Lima e José Manoel Fernandes — *Síndrome de Turner*. Apresentação de 4 casos.

—, Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, sessão de 24 de maio de 1954, ordem do dia: Tema: tuberculose intestinal: Diagnóstico radiológico — Dr. Fernando Chamas; *Aspectos clínicos* — Dr. José Fernandes; *Aspectos cirúrgicos* — Prof. Mário Degni.

—, Departamento de Urologia, sessão de 25 de maio de 1954, ordem do dia: Tema *Uretero-enterostomias*. Relatores: Drs. Alcebiades Salles, Cicero Wey Magalhães e Darcy Villela Itiberê.

—, Departamento de Tisiologia, sessão de 25 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Mario de Mello Faro — *estreptomycinase e a estreptodornase no tratamento do empiema tuberculoso*; 2) Dr. A. C. de Moraes Passos — *Reabertura de perfuração pleuro-pulmonar pelo emprêgo local da esteptoquinase-estreptodornase* (Variedade 25 dias após o acidente inicial).

—, Departamento de Medicina do Trabalho, sessão conjunta com o Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho e com a Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, em 26 de maio de 1954, ordem do dia: Discussão do tema *Alguns aspectos oto-rino-laringológicos da medicina do trabalho*. Relatores: Dr. Silvio Morone — *O ponto de vista de Oto-rino-laringologista*; Dr. José de Moraes Lema — *O ponto de vista do médico de fábrica*; *O ponto de vista do especialista em higiene do trabalho*.

—, Departamento de Anestesiologia, sessão de 31 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Oswaldo V. Brasil e Gil Soares Bairão — *Ação do 4560 R. P. no sistema nervoso autônomo*; 2) Drs. Carlos Pereira Magalhães e Gil Soares Bairão — *Crise tireotóxica intra-operatória*. Tratamento com 4560 R.P..

Academia de Medicina de São Paulo, sessão de 17 de maio de 1954, ordem do dia: Simpósio sobre *Dor lombar ciática*. Relatores: 1) Dr. Ruy de Souza Ramos — *Etiopatogênica*; 2)

Dr. Rolando Tenuto — *Diagnóstico diferencial*; 3) Orlando Pinto de Sousa — *Tratamento conservador e cirúrgico*. Comentadores Profs. Domingos Define, Carlos Gama e Francisco Elias de Godoy Moreira.

Centro de Estudos de Oftalmologia do Instituto do Tracoma e Higiene Visual, sessão de 26 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Prof. Durval Prado — *Esquiascopia*; 2) Dr. Felício Del Nero — *Hipermetropia*.

Instituto Central do Hospital A. C. Camargo, sessão de 5 de maio de 1954, ordem do dia: 1) *Adenocarcinoma papilífero da mama* — Dr. Alfredo Abraão; 2) *Osteoma-Osteoide* — Dr. Marino Lazzareschi.

—, sessão de 27 de maio de 1954, ordem do dia: *Carcinoma do lábio* — Dr. Jorge Barbosa.

Manicômio Judiciário, sessão de 7 de maio de 1954, ordem do dia: 1) *Homicídio na vigência de embriaguês patológica em um portador de moléstia de Chagas*; e 2) *Furto e homicídio praticados por um debil mental* — Dr. Maurício Levy Junior.

Sociedade de Biologia de São Paulo, sessão de 10 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Paulo Bueno e G. Ferreira Oliveira — *Resultados de estudos sobre a etiologia do câncer* (nota prévia); Dr. Saul Schenberg — *ção do sangue incubado com veneno crotálico sobre corações de sapo* (*Bufo marinus*) e rãs (*Leptodactylus*); Dr. J. Lacaz — *Localização da sinopse talâmica para a área somática II no gato*.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia de São Paulo, sessão de 20 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Bartolomeu Bartolomei — *Pé valgo espástico e anomalias congênitas do esqueleto do pé*; Dr. Orlando Graner — *Tenosinovite estenosante de Dr. Quervain*; 3) Eleição da diretoria da Regional de São Paulo, para o biênio 1954-1956.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 3 de maio de 1954, ordem do dia: *Discussão de casos clínicos* — Dr. Luiz Branco Ribeiro.

—, sessão de 17 de maio de 1954, ordem do dia: 1) *Físico-Química da permeabilidade das membranas celulares* — Dr. Dionysio de Klobusitzky; 2) *Insuficiência ovariana* — Dr. Paulo G. Bressan.

**Sociedade Paulista de Reumatologia**, sessão de 28 de maio de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Celeste Fava Neto — *Aplicações da imunologia no Estudo da febre reumática* (conferência).

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos Médicos Municipais**, Vol. VI, n.º 4, janeiro-março de 1954. Cuidados ao recém-nascido — Dr. João Carlos Leite Bastos; Normas para o tratamento da desidratação — Dr. Luiz Gonzaga Murat; Movimento do Hospital Infantil Esperança em 1953; Síndrome geral de adaptação e stress; Discurso proferido na A.P.M., na entrega dos prêmios de 1953, — Dr. Mauro Pereira Botelho.

**Arquivos da Polícia Civil de São Paulo**, Vol. XXIII, Ano 1952, 1.º trimestre — O problema da prostituição — Flaminio Fávero; Aspectos interessantes da responsabilidade legal e moral do médico — Arnaldo Amado Ferreira; A prostituição perante a Lei — Cícero Fajardo; Os sistemas penitenciários — V. Caneppe; Noções de Documentoscopia (continuação) — José Del Picchia Filho; Morte tímica por acidente do trabalho — Manuel Pereira; Reabilitação profissional — Geraldo Alves Pedroso; Psicotécnica e Trânsito urbano — Lauro de Barros Siciliano; Sensacionalismo e Criminalidade — Fernando O. Bastos; A responsabilidade penal — Romeu Ritter dos Reis.

**Pediatria Prática**, Vol. XXV, fasc. 4, Abril de 1954. Síndrome de oclusão intestinal por *Ascaris lumbricoides* — Manoel Cavalcanti e Lívio Moreira; Experiência de uma Clínica de Orientação Infantil Distrital — Jay Arruda Maria Luiza Vieira, Belkis M. Krahenbuhl e Maria Tereza Bastos; Síndromes do Mediterrâneo. Novos dados para o estudo de sua patogênese — Fernando Teixeira Mendes.

**Resenha Clínico-Científica**, Ano XXIII, n.º 4, abril de 1954. Earle I. Greene e J. Major Greene — A cirurgia da vesícula biliar; Mário Yahn-Neurose na infância (Estudo sobre 31 casos) Conclusão; Igino Spadolini — Interesse atual de algumas velhas teorias sobre a patogênese de tetania paratireopriva; Reação de Takata-Ara e hepatopatias (Domingos M. Lopes). A infecção herpética; Enzimas fibrinolíticas e epiolíticas em terapêutica.

**Revista Clínica de São Paulo**, Vol. XXIX, ns. 9 e 10, setembro-outubro de 1953. Drs. Rubens Campos, Vicente Amato Neto, Luís Hildebrando Pereira da Silva e Miya Awazu — Notas sobre o encontro de triatomídeos não infectados no município de Franco da Rocha (Estado de São Paulo); Drs. G. Rosenfeld e J. Mendonça Cortez — m caso de Malária Quartã; acidente transfusional; Drs. J. O. Coutinho, Rubens Campos e Vicente Amato Neto — Tratamento da giardíase por intermédio da Nivaquina (3477 RP). Resultados obtidos; Drs. Alexandre Mello, Nilva Mello e Pedro Jorge Abraão — Síndrome de Morgagni-Stokes-Adams de origem Chagástica; A quinina é um abortivo?; Ação da quinina hidrocloreto sobre a dor suportável por animais; Linfocitose infecciosa aguda; Depressão hematopoiética pelo cloromicetina; Tratamento das cavernas tuberculosas do lobo inferior; A quinidina no tratamento da fibrilação auricular; Tratamento não cirúrgico da cistocele e retocele; Trata-

A experiência desvendou a sinergia  
funcional do grupo vitamínico  $\beta$ .  
Reunir seus elementos racionalmente  
é forjar arma segura contra os estados  
carenciais deste complexo.



mento da tuberculose pulmonar cavitária pelo Pas em perfusão contínua.

**Revista Clínica de São Paulo**, Vol. XXIX, ns. 11-12, novembro-dezembro de 1953. Dr. Péricles Maciel — Moléstia de Chagas; Prof. Dr. M. Cordaro — A terapêutica tissular nas doenças artríticas e reumáticas; Arritmias cardíacas; A quinina na parestesia indeterminada; Tetralogia de Fallot — Diagnóstico e tratamento cirúrgico; Cardiopatias congênicas — Resultados de 1.000 casos operados.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, Vol. XIII, n.º 12, dezembro de 1953. A eosinofilia medular no prognóstico do resultado da esplenectomia na púrpura trombocitopênica idiopática — Dr. Eugenio Luiz Mauro; A importância do pré e pós-operatório na cirurgia moderna — Dr. Mario Ramos de Oliveira; Condições abdominais agudas e cirúrgicas na infância — Dr. Virgílio A. de Carvalho Pinto.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, Vol. XIV, n.º 1, janeiro de 1954. Estudo de um grupo de detentos da penitenciária do Estado de São Paulo pelo método de Rorschach — Cicero Christiano de Souza; Orientação geral no tratamento pré-operatório do hipertireoidismo — Sebastião Hermeto Junior; O problema eletrolítico no pós-operatório — Dr. Luciano Prata.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, Vol. XIV, n.º 2, fevereiro de 1954. Megacólon — Patogenia e tratamento cirúrgico — Considerações sobre 90 casos — Dr. Aluizio Camará Silveira; Diabete melito com síndrome de Kimmelstiel e Wilson — J. A. de Mesquita Sampaio; Provas funcionais do fígado e gama-glubulina e lipídeos séricos — Dr. Martinus Pawel.

**Revista Paulista de Hospitais**, Vol. II, n.º 1, janeiro de 1954. A assistência hospitalar em São Paulo — Prof. Dr. Jairo A. Ramos; Brasileiros ilustres — Carlos Chagas; Integração do Hospital no meio rural — Dra. Maria José I. S. dos Santos e Dr. Althair Lobo; A Reabilitação do Egresso tuberculoso na função pública — Dr. Benedito Correia; O hospital e a comunidade; Divisão médica num hospital de 300 leitos — Dr. Milton Abrantes; O problema dos crônicos — R. Buller Souto; O hospital e o meio ambiente; Escolas de enfermagem — Glete de Alcântara; A Farmácia do hospital — José Sylvio Cimino; Dietética.

**Revista Paulista de Medicina**, Vol. 44, n.º 4, abril de 1954. O hexame-tônio no tratamento da hipertensão arterial — Drs. Reinaldo Chiaverini e Wanderley Nogueira da Silva; Considerações sobre o uso do ácido ascórbico na artrite reumatóide — Drs. Luciano Décourt, Mario Caleiro Lima, José Manoel Fernandes e Eugênio Chiorboli; Poliarterite nodosa. Considerações sobre o diagnóstico e o tratamento com a cortisona (estudo de dois casos) — Drs. Clovis Buhler Vieira, Bernardo Leo Wajchenberg, Enide L. Nascimento, Jairo Cavaleiro Dias e Antonio Miksian; Eletroforese das proteínas plasmáticas. I: Generalidades e método — Drs. Gunter Hoxter e Bernardo Léo Wajchenberg; Eletroforese das proteínas plasmáticas. II: Interpretação do traçado eletroforético do plasma humano normal e suas variações patológicas — Drs. Gunter Hoxter e Bernardo Léo Wajchenberg; Encefalopatia reumática tratada pelo ACTH e Cortisona — Dr. José Lamartine de Assis.

Normas para a seleção e para o controle ulterior do pessoal dos Serviços de raios X e substâncias radioativas — Dr. Miguel Centola; Hérnias inguinais e acidentes de trabalho — Dr. Luiz Oriente.

Inclua sempre nas refeições peixes gordos, fígado, leite e derivados, ovos, legumes e frutas, para que seu organismo disponha das substâncias necessárias a sua proteção. — SNES.







## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

## Universidade de São Paulo

**Formatura na Escola de Enfermagem no ano de 1953.** — Discurso pronunciado por Chiarina Barlastefano por ocasião da formatura da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo:

Aqui estamos, queridos mestres e minhas caras colégas, no último dia de convívio nos derradeiros momentos de estudantes da mesma escola e da mesma causa, nas despedidas finais de companheiros que viveram, durante 3 anos, lado a lado, irmanados pelo mesmo ideal. Mais algumas horas estaremos desligadas, oficialmente, desta casa em que se ensina e em que se aprende. *Desligadas oficialmente*, disse-o bem, porque, na realidade, nunca mais nos consideraremos separadas da nossa Escola de Obstetrícia.

Por mais caminhos que percorramos, por mais distantes que nos leve o tempo, ela estará sempre presente na nossa lembrança e no nosso coração. As aulas dos mestres, os conselhos das monitôras, os exemplos de dignidade e de dedicação, a saudade das horas boas e a experiência dos instantes difíceis; a nossa Escola, enfim, com tudo o que ela encerra ou em tudo em que ela se resume, estará sempre dentro de nós, acompanhando-nos por aí afóra, seja qual for o nosso destino, seja qual for a sorte que nos reserve a vida no exercício da nossa profissão.

Ensinaram-nos os mestres, e muito bem, como exerce-la. E porque assim aprendemos, a ela nos dedicaremos com convicção, de espírito elevado, de consciência tranquila, com a mais absoluta vontade de acertar e de ser útil. Tudo faremos para honrar a tradição da Escola, para dignificar o diploma que nos confiam, para não desmerecer da lembrança dos professores e nem os exemplos das turmas que nos precederam.

Pediram-me as colégas que lhes dissesse isto na hora da despedida. Que o dissesse aos srs. diretores, professores, monitôras, ao digno parainfo, a todos os que nos ouvem e nos honram com a sua presença. E eu faço com prazer, porque sei que somos todas sinceras e o mesmo sentimento de gratidão, e o mesmo desejo de corresponder à confiança de todos, nos anima e nos orienta no sentido de bem servir ao culto da maternidade e da mãe brasileira.

Sabemos que a vida da parteira nem sempre é mar de rosas; sendo, muito ao contrário, e não raro, toda feita de sacrifícios e de abnegação. Imaginamos o trabalho de colégas que muitas vezes assistem a nascimentos à luz de lamparina; de colégas outras que viajam léguas para atender a casos difíceis e em locais praticamente abandonados, longe de qualquer recurso da medicina; de criaturas heróicas que vêem desaparecer uma vida, para que outra possa continuar ou comece a florir; sabemos que há incompreensões, que há dificuldades e que há, sobretudo, grande responsabilidade a nos pesar sobre os ombros. Mas nada disso importa, pois nos sentimos preparadas para ajudar a mulher a ser mãe, para orientar-lhe os passos, para trazer ao mundo, com as nossas próprias mãos, gerações novas e saudáveis. Servimos ao culto da maternidade, o que importa dizer, serviremos a Mulher no momento mais sublime da sua vida.

Com a graça de Deus e com as lições que nos deram, haveremos de vencer e levantaremos sempre, bem alto a flamula vitoriosa da Escola de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

E nesta hora de alegria para todas nós, quando concluímos orgulhosas, o curso de obstetriz, desejamos também render a nossa home-

nagem de gratidão e de saudade aquele mestre inoxidável que foi o Professor Raul Briquet. Orientou-nos com os seus conselhos e com as suas lições, e ainda hoje o seu espírito iluminado guia os nossos passos e iluminará a nossa estrada.

A memória, pois do saudoso Professor, à competência e à dedicação de todos os mestres, à operosidade das queridas monitoras, ao brilho do ilustre diretor, à gentileza do incom-

paravel paraninfo, eu apresento, em meu nome pessoal e no de todas as colegas, o testemunho da simpatia, da admiração e da amizade da turma de obstetriz do ano de 1953.

Que Deus esparja perenes bênçãos sobre os queridos professores e finalmente à todos. E de per si, almejo às minhas colegas, de ideais de progresso, de ordem, de amor, de paz e de justiça que, redundará na grandeza de nossa profissão.

## Academia de Medicina de São Paulo

**Homenagem à vultos da cirurgia internacional.** — Em sessão solene realizada no dia 30 de abril do corrente ano, na Faculdade de Medicina, a Academia de Medicina de São Paulo, prestou significativas e merecidas homenagens a vultos da cirurgia, que aqui se encontravam no IX Congresso Internacional do Colégio dos Cirurgiões. Nessa ocasião foram conferidos títulos de socios correspondentes a cerca de quarenta cirurgiões. Nesse notável grupo, temos figuras de destaque da Universidade de Paris. A velha e lendária Universidade, entre outras, mandou-nos Marcel Roux, do Serviço de Terapêutica Cirúrgica do Hospital de Vaugirard, de Paris, nome este profundamente ligado ao Brasil. É que esse hospital se acha instalado num edifício que, em 1914, durante a primeira grande guerra, foi adquirido pelo governo brasileiro, que ali instalou magnífico hospital, onde trabalharam muitos dos nossos cirurgiões, componentes da Missão Médica do Brasil, da qual fizeram parte os cirurgiões paulistas Benedito Montenegro, Raul Vieira de Carvalho, Nelson Libero, Moraes Barros, Baeta Neves e outros.

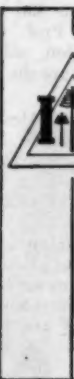
Terminada a guerra, o nosso governo fez doação do mesmo à França. Ainda hoje, na fachada desse hospital, vemos a inscrição "Fondation Franco-Brasilienne".

É seu chefe, hoje, o professor Jean Sénèque, representante do Brasil no Conselho dos Professores da Faculdade de Medicina de Pa-

ris. Suas salas hospitalares recebem de braços abertos os cirurgiões brasileiros que para lá se dirigem para aperfeiçoar seus estudos, onde são recebidos com o carinho paternal do professor Sénèque, que conserva orgulhoso seu diploma de Membro Correspondente da Academia de Medicina de São Paulo. Formado nesse ambiente, o professor Roux considera-se um franco-brasileiro, pronto para continuar a manter as tradições de seu Hospital.

É o professor Roux um dos maiores especialistas mundiais da cirurgia das vias biliares, com técnica pessoal, da radiomanometria biliar, processo que marca naturalmente o maior progresso da cirurgia das vias biliares. É um expoente da cirurgia e que entre nós, além das comunicações pessoais que fará durante o Congresso, também fará, terminado o mesmo, demonstrações cirúrgicas na nossa velha e querida Santa Casa, bem como conferências sobre cirurgia das vias hepáticas.

O outro representante que nos manda Paris é o jovem e já conhecido cirurgião Lucien Leger. Com apenas 41 anos de idade, numerosa é a sua bagagem científica, não havendo estudioso da cirurgia vascular que não conheça seus trabalhos sobre simpático e vasos. Consagrado ao estudo das flebites e arterites, dedicou-se, ultimamente, à pancreatografia operatória e à spleno-portografia.



## NOVOS PRODUTOS "PINHEIROS"

*Vitaminas em*  
**"PELLETS"**

- A - VI - PEL
- D - VI - PEL
- A - D - VI - PEL
- POLI - VI - PEL
- VITSALMIN

ALTA CONCENTRAÇÃO  
MELHOR ABSORÇÃO  
PERFEITA ESTABILIDADE  
SABOR AGRAVAVEL

PHILERGON - Farmacia de São Paulo

FARMACIA PHILERGON - RUA COELHO DA SILVA, 100 - SÃO PAULO

## Visita de Sir Alexandre Fleming ao Brasil

**Homenagens.** — Pela terceira vez Sir Alexander Fleming, o descobridor da penicilina, visitou o Brasil. Nas duas vezes anteriores viera para assistir a Congressos Médicos. Desta vez, porém, o principal objetivo da sua visita foi a inauguração da fábrica de penicilina, construída por Fontoura — Wyeth em São Paulo.

Sir Alexander e Lady Fleming foram alvo de grandes homenagens durante a sua estada de duas semanas, divididas entre São Paulo (Capital e Cidades do Interior e do Litoral) e Rio de Janeiro.

Em São Paulo Sir Alexander e Lady Fleming visitaram as duas Escolas de Medicina — a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Escola Paulista de Medicina, e seus respectivos hospitais, onde foram alvo das mais calorosas homenagens por parte dos professores e alunos. Seguindo o programa de visitas às escolas de medicina foram a Ribeirão Preto e a Sorocaba. Nessas duas pujantes cidades foram carinhosamente acolhidos tanto da parte dos corpos docente e discente das escolas médicas como do povo e das autoridades municipais. Sir Alexander foi agraciado com o título de cidadão honorário e estendeu a sua visita aos principais hospitais dessas cidades. Além dessas duas cidades do Interior, as únicas que possuem escolas de medicina, além da Capital, Sir Alexandre e Lady Fleming foram a Santos, principal cidade do litoral, que os acolheu fidalgamente; foram recepcionados

pelo British Community Council de Santos e pela Associação Médica de Santos.

Das mais significativas foi a Sessão extraordinária da Academia de Medicina de São Paulo, sob a presidência do Dr. Eurico Branco Ribeiro, na qual Sir Alexander recebeu o diploma de Membro Honorário; foi saudado pelo Prof. Benedito Montenegro que falou em nome da Associação Paulista de Medicina e da Academia de Medicina de São Paulo. Nessa mesma sessão o Prof. Carlos Henrique Liberalli falou sobre — “Passado, Presente e Futuro dos Antibióticos”.

Ainda em São Paulo Sir Alexander recebeu o título de Cidadão Honorário, foi recebido em sessão especial da Assembléia Legislativa e homenageado pelo British Community Council.

Após o discurso de inauguração da fábrica de penicilina Fontoura-Wyeth, Sir Alexander presenteou ao Sr. Candido Fontoura, Presidente das Indústrias Farmacêuticas Fontoura e Fontoura-Wyeth, no Brasil, com uma placa com a cultura do penicillium que, contaminando uma de suas culturas de estafilococo, levava à descoberta da penicilina.

Ao Rio de Janeiro Sir Alexander e Lady Fleming foram para descansar e pescar. Apesar disso Sir Alexander não pôde se furtar a várias homenagens, dentre as quais a recepção pela Academia Nacional de Medicina e pelo Instituto Biológico de Mangueiras.

# PHILERGON - Fortifica de fato

## UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES



*Foge....*



# PERTIRAN

**FILIAIS:**

RIO DE JANEIRO  
PORTO ALEGRE  
BELO HORIZONTE  
RECIFE-SALVADOR  
CURITIBA

**Ind. Farm. Endochimica S. A.**

S. F. E. P. INSCRIÇÃO 159

**MATRIZ:**

Avenida Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

**END. TELEGRÁFICO**

"ENDOCHIMICA"

TELEFONE 8-2138

CAIXA POSTAL 7230

## CONGRESSOS MÉDICOS

IX Congresso Internacional do Colégio  
Internacional de Cirurgiões

**Sua realização em São Paulo.** — Teve lugar em São Paulo-Brasil — de 26 de Abril a 2 de Maio de 1954 o IX Congresso Internacional de Cirurgia, promovido pelo Colégio Internacional de Cirurgiões, como uma das comemorações culturais dos festejos do IV Centenário daquela cidade.

Compareceram delegações de 27 países e foram inscritos 339 trabalhos, que foram distribuídos em 45 sessões científicas.

Três grandes sessões solenes reuniram, além dos congressistas, elementos oficiais do governo, representantes das associações médicas e pessoas da sociedade. A instalação foi presidida pelo Sr. Governador do Estado, Prof. Dr. Lucas Nogueira Garcez. Falaram o Prof. Max Thorek, fundador do Colégio Internacional de Cirurgiões, o Prof. Dr. Carlos Gama presidente da Comissão Organizadora do Congresso, o Dr. Oscar Cintra Gordinho presidente da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões. Foi realizado o juramento de 30 novos membros, depois do que o Sr. Governador do Estado encerrou a sessão.

No dia 29 de Abril de 1954 teve lugar no grande auditorium do Teatro de Cultura Artística a reunião da Casa dos Delegados do Colégio Internacional de Cirurgiões que reúne os Dirigentes Internacionais e os Delegados dos 12.000 membros da prestigiosa organização de cirurgiões.

A sessão foi presidida pelo Dr. Francisco Graña — do Perú — ex-presidente do Colégio Internacional de Cirurgiões, na ausência, por impedimento de saúde, do Prof. Hans Finsterer de Viena.

Foram apresentados discutidos e aprovadas várias moções, entre as quais sobressaem as de apoio e subscrição da proposta do presidente

Eisenhower de que a energia atômica só seja usada para fins pacíficos, e os referentes à Socialização da Medicina, considerada desfavorável para os países cultos e evoluídos e aceitável para os países sub-desenvolvidos e colônias, e, finalmente, a escolha de Viena (Áustria) para o X Congresso, a realizar-se em 1956.

Foi escolhido um "comité de nomeações" constituído pelos Prof. Jorge Taiana (da Argentina) Manuel Manzani (do México) Lucas Machado (do Brasil) E. N. Mac Ammond (do Canadá) e Morris Fishbein (dos Estados Unidos) para indicar os nomes para os cargos diretores do próximo bienio.

Foram lidos e aprovados os relatórios do presidente Prof. Hans Finsterer, secretário permanente Prof. Max Thorek, tesoureiro Dr. James T. Case, relator do journal Prof. Francisco Graña, presidente da comissão do IX Congresso Prof. Dr. Carlos Gama e os relatórios de todas as sessões do Colégio Internacional de Cirurgiões a saber: Argentina, Dr. Jorge Taiana; Áustria, Mc Ammond; Brasil, Aloysio Ferreira Camargo; Canadá, Mc. Ammond; França, Pierre Lachapelle; Colômbia, Cesar Pantoja; Alemanha, Edouard Schmidt; Índia, Edward Camper; Holanda, Roelff Rudling; Itália, E. Camper; Paquistão, idem; Estados Unidos, W. R. Lovellace; México, Juan Mora Ortiz; Venezuela, Haiti, Honduras, El Salvador, Costa Rica, Inglaterra, Finlândia, Espanha, Turquia, Ásia, Tailândia, e Israel, pelo secretário geral.

Foram propostas e aprovadas as criações das seguintes seções de especialidades: Obstetrícia e ginecologia — August Daro; Neurocirurgia — James W. Watts; Cirurgia plástica — Arthur Neal Owens; Oftalmologia e otorinolaringologia — Otis R. Wolfe; Ortopedia — Edward Camper.

*Antiinfecioso inespecífico*

## LYSO-PYOFORMINE-C

Lisado isotônico de leucócitos  
e Vitamina C (Neovix C 10)

ESTADOS FEBRIS DE NATUREZA SÉPTICA

INFECÇÕES PLEURO-PULMONARES

PNEUMONIA — BRONCOPNEUMONIAS

BRONQUITE AGUDA — CONGESTÃO PULMONAR

GRIPE — ANGINAS — OTITES — COLIBACILOSES

Lyso-Pyoformine C — Caixa com 4 ampolas, de 2 cm<sup>3</sup>,  
de Lyso-Pyoformine e 4 ampolas, de 2 cm<sup>3</sup>, de Neovix  
C (10 cg de Vitamina C por ampola).

Lyso-Pyoformine — Caixas com 6 e 30 ampolas de 2 cm<sup>3</sup>.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

LVP LVP CP-1

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

Foi proposta a criação de um bastão simbólico de prata para a presidência do Colégio Internacional de Cirurgiões e indicada a comissão Profs. Francisco Graña (Perú) Manuel Manzanilla (México) e Jorge Taiana (Argentina) para a sua confecção.

A transmissão da presidência do Colégio foi feita pelo Prof. Francisco Graña ao Prof. Carlos Gama, na ausência do Prof. Rudolph Nissen (da Suíça).

Finalmente foi prestada homenagem aos membros falecidos do Colégio nos 2 últimos anos.

No dia 28 de maio à noite, houve um banquete e baile nos salões do Automóvel Club, falando em nome da Secção Brasileira o deputado Camilo Aschar, em nome do Colégio o Prof. Max Thorek e em nome dos estrangeiros o Prof. E. J. Mc. Cormick, presidente da American Medical Association.

Na sessão do encerramento falaram os Prof. Francisco Graña (Perú) Edward Mc Cormick (Estados Unidos) Lucien Leger (França) Max Thorek (U.S.A.) Marechal Emanuel Marques Porto (Brasil) e Carlos Gama (Brasil), que encerrou o congresso agradecendo, fazendo votos pelo progresso do Colégio e apelando para que todas as Secções desde já iniciem os trabalhos para o X Congresso que se realizará em Viena, em 1956 e com uma saudação final ao fundador do Colégio Internacional de Cirurgiões Prof. Max Thorek.

O tema central do Congresso foi "a socialização da Medicina".

Tomaram parte nos debates, como principais relatores, os Drs. Edward J. Mc Cormick, presidente da American Medical Association, que expoz "The malignancy of Socialized Medicine"; Maurice Dorbes, de Marrocos, que mostrou que o governo francês organizou a medicina naquele protetorado; — Roelf Ruding, da Holanda, que defendeu os "rights and principles of freedom in Medicine"; David B. Allman, diretor da of the American Medical Association, que mostrou "the dilution of socialized Medicine"; Morris Fishbein, dos Estados Unidos, que salientou a unani-

midade das opiniões contrárias à socialização da Medicina; Pierre Lachapello, de Bordeaux, que expoz o sistema intermediário adotado na França; e Cesarino Junior, do Brasil, que resumiu a situação deste país, mostrando que aqui já está parcialmente socializada a Medicina, através de 5.172 estabelecimentos, em que trabalham 20.905 médicos, correspondendo a cerca de 40% das atividades médicas.

O segundo tema oficial consistiu no estudo dos antibióticos e sua aplicação nas várias especialidades médicas. Usaram da palavra, fazendo considerações sobre vários aspectos dos antibióticos os Drs. Max Thorek, dos Estados Unidos; Pieter Leguit, da Holanda; Carlos Liberalli, do Brasil; Jorge Raiana, Julio Baistrochi e Valentim Girardi, da Argentina; e Michael O'Heeron, dos Estados Unidos.

O terceiro tema oficial versou sobre os meios de contraste em radiologia.

A exploração radio manométrica das vias biliares foi discutida pelo Dr. Marcel Roux, da França; o enfizema retroperitoneal foi abordado pelo Dr. Geraldo Magela de Abreu Guedes; a radiologia cardio-vascular foi apresentada em filmes do Dr. Carlos Wegwlin, de Stocolmo, Suécia, e do Dr. J. M. Cabelo Campos, de São Paulo, Brasil; a esplenoportografia foi abordada pelo Dr. Lucien Léger, de Paris; a cisternografia foi discutida pelo Dr. Esteban Rocca, do Perú; acidentes da esplenografia foram relatados pelo Dr. Hermeto Junior, de São Paulo, Brasil; o telepac foi apreciado pelo Dr. Walter Bomfim Pontes; a exploração radiológica do pâncreas foi exposta pelo Dr. Lucien Léger, de Paris, França; a angiocardiorrafia e a arteriografia cerebral pelo Dr. Paulo de Almeida Toledo, de São Paulo, Brasil; as broncografias foram estudadas pelo Dr. Oswaldo de Oliveira Lima, de São Paulo, Brasil; a pneumocistografia no adenoma prostático foi apresentada pelo Dr. Mateus Santamaria, de São Paulo; a relevografia gástrica pelo duplo contraste foi discutida pelo Dr. Manoel Cavalcanti, de Curitiba, Brasil; os roentzenologic aspects of surgery of the genito-urinary

*Triunfando* através dos tempos e de  
 geração em geração, como a linhagem  
 dos animais puro sangue,

*Codeína e  
 Cloridrato de  
 Etilmorfina*  
 lideram tradicionalmente  
 a terapêutica das  
*Tosses*



*Gotas*

**IBEL**

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina.....	0.003 g.
Codeína .....	0.004 g.
Tintura de Lobelia .....	0,1 g.
Tintura de Grindelia .....	0,1 g.
Tintura de Crataegus .....	0,1 g.
Agua de Louro Cereja .....	0,2 g.

modo de usar:

**ADULTOS:** 40 gotas em um cálice de  
 água açucarada, 4 a 5 ve-  
 zes ao dia, ou segundo cri-  
 tério médico.

**CRIANÇAS:** 20 gotas, a critério médico.

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**  
 PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 — Fone 33-3426 — São Paulo

system" foram abordados pelo Dr. Leopold Brodny, dos Estados Unidos; sobre fistula arterio-venosa intracraniana falou o Dr. Carlos Gama, do Brasil; a pressão osmótica e os contrastes urinários foi assunto de pesquisas relatados pelo Dr. Demóstenes Orsini, do Brasil; a meningocele intratorácica foi alertada pelo Dr. J. M. Cabelo Campos, do Brasil; e as flebografias foram discutidas pelo Dr. Mario Degni, do Brasil.

Numa sessão de temas gerais, o Dr. Francisco Graua, do Perú, discorreu sobre a cirurgia entre os incas e sobre "medical practises among the navajo indians" falou o Dr. S. H. Babington, de Berkeley, Estados Unidos.

Na mesma sessão falou o Dr. Desmond Mulvany, da Inglaterra, sobre "an investigation into the radioactive content of the human body and its significance as a factor in the etiology of cancer", e o Dr. Raul Motera, da Argentina, sobre os isótopos radioativos em neurocirurgia. Por fim o Dr. Moses Bererend, dos Estados Unidos falou sobre a "evolution of gastro intestinal surgery".

Durante o Congresso realizaram-se 6 sessões para discussão de assuntos de Cirurgia Geral, tendo-se salientado os trabalhos apresentados pelos Drs. Vicente Mazola, dos Estados Unidos; S. S. Peikoff, do Canadá; Marcel Roux, da França; Caetano Zamitti Mamana, do Brasil; Amandio Pinto, de Portugal; Arnold Jackson, dos Estados Unidos; Julio Baistrocchi, da Argentina; Nelson Sá Earp e Jorge Ferreira Machado, do Brasil; William Morrison, dos Estados Unidos; Carl Hutchinson, dos Estados Unidos; Joaquim Cavalcanti, do Brasil; Silvio Levy, do Brasil; Genesio Pacheco, do Brasil; Lineu Silveira, do Brasil; e Americo Nasser, do Brasil.

Os especialistas em proctologia realizaram 5 sessões, salientando-se as comunicações feitas pelos Drs. Harry Bacon, Herbert Hayes, Raymond McNealy, Curtice Rosser e Frederick B. Cambell, dos Estados Unidos; Abel Canonic, Emilio Chambouleyrou, Augustin Candioti e Alberto Laurence, da Argentina; Virgilio Carvalho Pinto, Aloisio Camargo, Auro

Amorim, Horácio Carrapatoso, Aloysio Mendonça, Elidio Sauer, Daher Cutait, Arrigo Raia, Edison de Oliveira, Mario Degni e Adalberto Leite Ferraz, do Brasil.

Os urologistas realizaram 3 sessões, com a apresentação de trabalhos, destacando-se os dos Drs. Leopold Brodny, Henry Bodner, Michael O'Heeron e Park Niceley, dos Estados Unidos; Rodolfo de Freitas, Augusto Amelio da Mota Pacheco, Moacyr Tavoraro, Roberto Farina, Geraldo Campos Freire, Mateus Santamaria, Geraldo Vicente de Azevedo, Antonio Duarte Cardoso. Em cancerologia, os principais contribuidores foram os Drs. August Daro, dos Estados Unidos, Julio Baistrocchi, da Argentina; e Fernando Gentil e Arrigo Raia do Brasil.

Em cirurgia ortopédica e traumatológica, salientaram-se os trabalhos dos Drs. Eduard Schmidt, da Alemanha; Othermin Aguirre da Argentina; Cesar Pantoja, da Colombia; Neal Owens, dos Estados Unidos; e Alipio Pernet, Victor Spina, Rebelo Neto, Roberto Farina, João Luassuna e outros, do Brasil.

Em cirurgia torácica falaram, como principais oradores, os Drs. Charles Baiely, Arthur Dallos, Aaron Gorelik, dos Estados Unidos; Mario Degni, José Hilario, Americo Nasser, Hermeto Junior, Arnaldo Albano, Virgilio Carvalho Pinto, Roberto Vilhena de Moraes, Nairo Trech e Cardoso Franco, do Brasil.

A Ginecologia e Obstetrícia teve a colaboração destacada dos Drs. Sem Pring Puang Geo, da Tailândia; George Callahan e Wynne Silber-nagel, dos Estados Unidos; e Martins Gomes, Martiniano Fernandes, Arthur Wolff Neto, J. Roberto de Freitas Azevedo, Vicente Di Bella e Paulo Gorga, do Brasil.

Em Cirurgia Infantil, destacaram-se os trabalhos apresentados pelos Drs. José Maria Peliza e Armando Gratti, da Argentina; Henry Brodtkin, dos Estados Unidos; e Auro Amorim, Virgilio Carvalho Pinto, Oswaldo da Costa Faria, Manuel Cavalcanti, Aloysio Camargo e Roberto Vilhena de Moraes, do Brasil.





### MEDINDO A "VIDA" DO ESPARADRAPO...

Tôdas as partidas de Esparadrappo Johnson são submetidas a rigorosos testes de conservação, em câmaras especiais que reproduzem — até com exagêro — as condições climáticas do nosso país. Cada amostra permanece meses e meses sob observação, sendo depois analisada. Graças a isto, cada caixa de Esparadrappo Johnson pode levar a garantia da fábrica pelo período de um ano — garantia de aderência e qualidade. E a prova de confiança está em que substituímos gratuitamente qualquer lata que não corresponder a essa garantia.

*Johnson & Johnson*

Os oftalmologistas tiveram a colaboração destacada dos Drs. Oscar B. Nugent e Otis Wolfe, dos Estados Unidos; e Durval Prado e Paulo Braga Magalhães, do Brasil.

Houve ainda, com grande afluência, uma secção de Cirurgia Buco-maxilar,

que realizou 3 sessões, com a apresentação de trabalhos dos Drs. Carlos Bergara, Carlos Durrieu, Abel Sticco e Otemin Aguiar, da Argentina; e Laet Cesar, Sales Cunha, Ciro Silva, Mario Graziani e Soares Brandão, do Brasil.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Natureza química e ação biológica do novo hormônio córtico-supra-renal

**Dois problemas resolvidos.** — Depois de alguns decênios de esforços, químicos e biologists puderam anunciar, em setembro de 1953, o isolamento, sob forma cristalizada, de um novo hormônio extremamente ativo da córtex supra-renal. A mesma equipe suíço-britânica, na qual trabalharam o Prof. T. Reichstein, da Universidade de Basileia, (Prêmio Nobel) e os Drs. A. Wettstein e R. Neher, dos Laboratórios Ciba de Basileia, bem como os Drs. Simpson e Tait, do Middlesex Hospital, de Londres, conseguiu elucidar a natureza química deste hormônio em alguns meses. Segundo nos informa o trabalho que estes pesquisadores acabam de publicar (Experientia, março de 1954), trata-se, do ponto de vista químico, de um parente próximo de dois hormônios, a cortisona e a desoxicorticosterona (Percortol), cujas propriedades terapêuticas são bem conhecidas. O novo hormônio apresenta todavia uma particularidade: como certas substâncias vegetais odorantes e como certas combinações dotadas de ação sobre o coração, ele encerra um grupo aldeído. Daí seu novo nome de *aldosterona*, que substitui a designação provisória de *electrocortina*, que se prestava facilmente à confusão.

A descoberta da fórmula química da aldosterona abre caminho à produção sintética deste hormônio. Até agora só se pôde dispor de alguns centésimos de gramas de substância ativa, obtidos por extração, utilizando mais de 1 000 quilogramas de su-

pra-renais, estas pequenas glândulas de importância vital para o homem e o animal. Por mínima que pareçam, estas quantidades permitiram descobrir não só as propriedades químicas do novo hormônio, como ainda as suas principais propriedades biológicas, graças à criação de novos métodos extremamente sensíveis, micro-químicos e biológicos, bem como ao emprego de combinações radioativas. Estas pesquisas foram levadas a efeito principalmente nos Laboratórios da Ciba, na Suíça e nos Estados Unidos, pelo Prof. R. Meier, os Drs. F. Gross, R. Gaunt, P. Desaulles e o Prof. W. Schuler, entre outros. Revelaram eles que a aldosterona, substância muito mais ativa sobre o equilíbrio dos electrólitos no organismo, atua sobre o metabolismo dos hidratos de carbono e do nitrogênio, bem como sobre certos glóbulos brancos, de modo análogo à cortisona. Enfim, quando as supra-renais deixam de preencher seu papel, pequenas doses de aldosterona são suficientes para assegurar a capacidade de resistência do organismo e manter o doente em vida.

As primeiras observações feitas nos indivíduos acometidos da doença brônzea, descrita por Addison (afecção devida à parada da função supra-renal, de origem geralmente tuberculosa, mortal nas fases avançadas e na ausência de tratamento), confirmam inteiramente os resultados das pesquisas biológicas. Em uma conferência pronunciada em 26 de março de 1954 perante a Sociedade Médica

NOVA FÓRMULA!...

# Prinachol

## INJETAVEL

**FÓRMULA:**

	Ampólas de	
	2cm <sup>3</sup>	5cm <sup>3</sup>
Cinarina (Princípio ativo cristalizado da Alcachofra)	0,012 g	0,030 g
Acetilmetionina .....	0,200 g	0,500 g
Colina Cloridrato .....	0,020 g	0,050 g
Soluto da fração anti-tóxica do fígado a 1:20 q. b. p.	2cm <sup>3</sup>	5cm <sup>3</sup>


*Associada a Metionina — Colina — Solução  
de fração anti-tóxica do fígado*

**INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS**


**Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado**

**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**

*Em cada vidro de*  
**Instante Yatropan**  
*um Funil-Instante*



**LABORATÓRIO**  
PAULO R. TIBBO & FILHOS  
TELEFONE 5-1514 - Rua Santos



**YATROPAN**  
FARM. S. C. S. S. S.  
SÃO PAULO

dos Hospitais de Paris, o Prof. R. S. Mach, da Universidade de Genebra, assinalou que uma dose quotidiana de frações de um milésimo de grama de aldosterona permite obter a normalização quase completa de todas as funções. O novo hormônio parece ter ao mesmo tempo os efeitos da desoxicorticosterona e certas propriedades da cortisona. Atualmente, não se pode empregar esta substância extremamente custosa, extraída de glândulas de animais, a não ser em certos

casos selecionados, particularmente importantes do ponto de vista médico. Comparou-se o valor da aldosterona ao do diamante, mas na realidade ele ainda o ultrapassa em muito. Agora, que conhecem a estrutura da aldosterona, os químicos certamente não terão descanso enquanto não tornarem acessível ao mundo médico esse hormônio, indubitavelmente de maior importância para o organismo humano. (*Departamento Científico Ciba S. A.*)

## LITERATURA MÉDICA

### Apreciações

**Arnaldo Vieira de Carvalho e a cirurgia brasileira.** — Dr. Ayres Netto. Separata da Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo. (Vol. XIV n.º 4 1954).

Ninguém, melhor que o Dr. Ayres Netto, poderia falar do saudoso mestre da cirurgia — Arnaldo Vieira de Carvalho, apontado, no II Congresso da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirúrgicos, reunido em Curitiba, para figurar no "Vestíbulo da Fama" na sede do Colégio Internacional de Cirúrgicos, em Chicago.

Nesse opúsculo, que é uma joia mimosa de recordação aos nunes tutelares da cirurgia em nosso país, detendo-se em considerações exatas e dados preciosos sobre a aparição dessas figuras fulgurantes do passado na grande arte de operar, fez o Dr. Aires Netto uma biografia clara e detalhada do grande mestre da cirurgia em nossa terra, justificando convincentemente o acerto, o direito e a justiça da indicação do nome do inolvidável mestre para o "Vestíbulo da Fama".

Desejava o Dr. Aires Netto falar claro e com detalhes sobre a vida estóica de Arnaldo Vieira de Carvalho e conseguiu-o de maneira completa e brilhante, sob todos os aspectos. A rigor, não após à vida do mestre, um comentário seu.

Detalhou-a a maneira de um biógrafo sincero — dizendo dele apenas o que foi, na mais serena conquista de dias vitoriosos, a proporção que a ciência acolhia o cérebro privilegiado que surgia.

Os traços biográficos de Arnaldo Vieira de Carvalho são, por si só a história de uma vida brilhante de um predestinado.

Quem lê o opúsculo do Dr. Aires Netto vive horas de muita satisfação pelas coisas belas da vida, só alcançadas pelos espíritos de seleção.

E' um trabalho leve e delicado, justo e digno.

E' um outro valor da cirurgia paulista a louvar, com extrema dignidade e grande elegância moral, a vida de um precursor da cirurgia de nossos dias.

Esse opúsculo do Dr. Aires Netto terá uma repercussão selecionada entre os estudiosos da medicina mas não, como deveria ter, uma circulação popular, sem restrições, pois não é um trabalho que interessa só a classe médica, mas um capítulo desconhecido, assim em detalhes na história brasileira, no campo da ciência. Seria trabalho patriótico expandi-lo amplamente para que dele tomassem conhecimento todas as camadas sociais brasileiras.

Exposição conscienciosa, leve e interessante, num linguagem simples,

ao alcance de toda a gente — ele faz passar ante nossos olhos as mais dignas figuras da medicina nacional num retrospecto preciso.

Desejando fazer a biografia de Arnaldo Vieira de Carvalho preocupou-se o Dr. Aires Neto em fazer antes de mais nada, uma longa história dos que antecederam ao homenageado por sua pena.

Criteriosamente mostrou os antecessores de Arnaldo, conscio em preparar o ambiente para a vida do mestre, visto como já no Brasil dava-se à cirurgia uma importância magnífica, sendo louvados muitos outros mestres. Arnaldo viera pois robustecer uma pleiade, igualmente notável.

Entre os brasileiros que se dedicavam a arte de curar houve sempre uma pronunciada tendencia para uma boa cirurgia.

Toda a nossa história da medicina está cheia de casos interessantes e, quem tiver a ventura de passar os olhos pelo opúsculo do Dr. Aires Neto, há de observar esta grande verdade. Ele foi sincero na colêta de elementos para salientar a vida passada desses grandes nomes da cirurgia.

Assim vêmo-lo citar desde as longínquas eras de 1838, por exemplo, o modesto operador Cristovão José dos Santos, no velho Hospital Militar e na Misericórdia, citando especializações interessantíssimas para a época.

Fala a seguir de "Peixotinho" — o Dr. A. J. Peixoto — diplomado por

Montpelier — o pioneiro das "casas de saúde" no Brasil. E depois Manoel Feliciano de Carvalho — considerado o patriarca da cirurgia brasileira, para se referir depois a Bustamante de Sá, Catta Preta, Vicente de Figueiredo Saboia, percorrendo a vida de notáveis cirurgiões de todo o país, e chegar afinal a Manoel Vitorino e à Fernando Luz. E, após estes todos os grandes nomes da cirurgia em nossa terra, no início deste século.

Sobre todos eles põe, com o aplauso do leitor que conhece um pouco da medicina antiga em nossa terra, uma palavra de saudade e de homenagem.

A gente acompanha o comentário unido em alma e pensamento ao delicado historiador e se prepara então para ouvi-lo no propósito maior do seu intento no aludido trabalho, tal seja o de propor então que para a lista de honra de Chicago, fosse sem demora o nome aureolado de Arnaldo Vieira de Carvalho.

Trabalho justo e digno de um mestre sereno a louvar, com extrema dignidade grande amor à verdade, a vida de um precursor da cirurgia de nossos dias.

Repetimos — ninguém melhor do que o Dr. Aires Neto poderia falar do saudoso mestre da cirurgia que tem hoje o seu nome aureolado no "Vestibulo da Fama", no Pantheon do Colégio Internacional dos Cirurgiões.

Metionina, Colina, Inositol e fração  
antitóxica do fígado

**BENECRON**

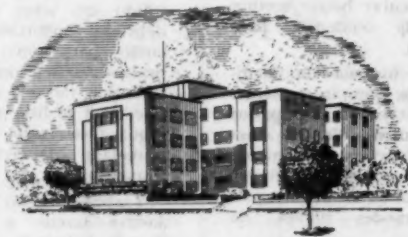
ORAL E INJETAVEL

INSTITUTO TERAPEUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil.

# SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 114 — TELEFONE: 36-8181

SÃO PAULO — BRASIL

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"  
mantido pelo Sanatório São Lucas*



# INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

## Radiodiagnóstico e Radioterapia

*Director:* Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 54-0555  
SÃO PAULO

Tratamento da HIPERTENSÃO ARTERIAL  
e suas manifestações:

## NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

VIA ENDOVENOSA

VIA ORAL

**Norofillina sem glicose:**

ampólas de 10 cm<sup>3</sup>.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por ampóla.

**Norofillina com glicose:**

ampólas de 10 cm<sup>3</sup>.

3 ampólas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 ampólas de soro glicosado hipertônico a 30%.

**Norofillina comprimidos:**

tubos com 10 comprimidos de 0,10 ctgs. de teofilina-etilendiamina.

*A Norofillina pode ser usada só ou misturada com soro glicosado.*



LABORATÓRIO

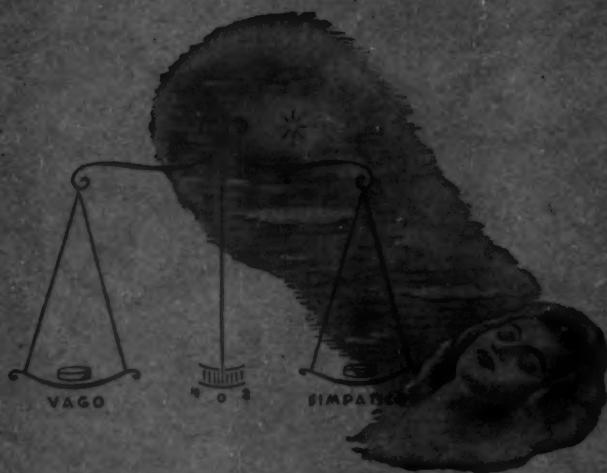
TERÁPICA PAULISTA S/A.

RUA FERNÃO DIAS, 82 - SÃO PAULO

# DISTONEX



para o



## Equilíbrio vago-simpático



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Yandanduré, 376 - Telefone, 26-4372 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimeu.